



# POLSKIE TOWARZYSTWO CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ I SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ

POLISH ASSOCIATION OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

ul. Karmelicka 7, 20-081 Lublin, tel. (81) 528 79 50, fax. (81) 528 79 51, email: ptchsist@gmail.com  
Prezes: prof. zw. dr hab. n. med. Mansur Rahnama

.....  
miejsowość, data

imię i nazwisko .....

**specjalista  
chirurgii stomatologicznej / szczękowo-twarzowej \***

e-mail .....

telefon .....

## POLSKIE TOWARZYSTWO CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ i SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ **ZARZĄD GŁÓWNY**

### **Deklaracja przystąpienia**

#### **do Polskiego Towarzystwa Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej**

Niniejszym przedkładam odpis dyplomu potwierdzającego posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie *chirurgii stomatologicznej / szczękowo-twarzowej\**. W związku z powyższym, wnoszę o podjęcie przez Zarząd Główny uchwały o przyjęciu do Towarzystwa jako członka zwyczajnego.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

1. przestrzegania Statutu, Uchwał i Regulaminów Towarzystwa,
2. aktywnego udziału w realizacji celów statutowych i zadań Towarzystwa,
3. regularnego opłacania składek członkowskich w wysokości uchwalonej przez Walne Zgromadzenie Członków Towarzystwa.

Wyrażam zgodę na wprowadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1977r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.Nr.133 pozycja 883).

.....  
własnoręczny podpis

#### **Załączniki:**

- 1) Odpis dyplomu PES

Wypełniony wniosek należy wystać na adres:

Polskie Towarzystwo Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej ul. Karmelicka 7, 20-081 Lublin

Numer konta: 33 1140 2004 0000 3802 7781 4943

**\* niepotrzebne skreślić**