



POLSKIE TOWARZYSTWO CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ I SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ

POLISH ASSOCIATION OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

ul. Doktora Witolda Chodźki 6, 20-093 Lublin, tel. (81) 502 17 40, email: ptchsis@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. Doktora Witolda Chodźki 6, 20-093 Lublin

Numer konta: 82 1140 2004 0000 3902 8301 8935

* **niepotrzebne skreślić**