

## Formularz deklaracji członkowskiej PTAiIT

1. Imię\*
2. Nazwisko\*
3. Data urodzenia
4. Płeć: (k/m)
5. Stopień naukowy: (prof. dr hab. n. med. ; dr hab. n. med. ; dr n. med. ; dr)
6. Stanowisko
7. Adres do pracy:
  - Szpital
  - Oddział
  - Ulica
  - Miasto
  - Tel/fax
8. Adres domowy
9. Adres e-mail
10. Adres preferowany do korespondencji\*
11. Tel/fax
12. Oddział PTAiIT\*
13. Nazwa ukończonej szkoły wyższej, rok ukończenia:
14. Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (T/N), rok ukończenia specjalizacji:
15. Ukończone inne specjalizacje:
16. Lekarz szkolący się, przed ukończeniem specjalizacji: (T/N)
  - Rok specjalizacji
17. Emeryt
18. Członek honorowy
19. Data wpłacenia ostatniej składki na PTAiIT\*:
  - (umożliwia identyfikację w systemie komputerowym)

\*pola obowiązkowe

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w bazie adresowej PTAiIT oraz na ich przetwarzanie wyłącznie dla celów statutowych PTAiIT.

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych Wydawnictwu Medycznemu BORGIS z siedzibą w Warszawie, ul Wałbrzyska 3/5, tel. 0228369669, celem wysyłki czasopisma Anestezjologia Intensywna Terapija.

Informujemy również, iż mają Państwo prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich edycji. (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883)

Podanie powyższych danych jest całkowicie dobrowolne.

Data

Pieczętka

Podpis