



## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków PTS, Oddziału .....

Zobowiązuję się do przestrzegania statutu PTS oraz regularnego uczestnictwa

w pracach Towarzystwa oraz Sekcji Profilaktyki i Promocji Zdrowia

1. Nazwisko i imię .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Adres zamieszkania z kodem pocztowym .....
4. Numer telefonu .....
5. E-mail .....
6. Asystent/-ka stomatologiczny/-a    Higienista/-tka stomatologiczny/-a  
(niepotrzebne skreślić)
7. Przynależność do innych stowarzyszeń PAPS, SPHS, PSHS, Klub Higienistek  
(niepotrzebne skreślić) inne (jakie?) .....
8. Data i miejsce uzyskania dyplomu .....
9. Miejsce i stanowisko pracy .....
10. Wpisowe oraz składkę roczną prosimy przekazywać na konto PTS:

**ING 33 1050 1504 1000 0090 3142 7561**

- wpisowe 50 zł,
- składka pełnopłatna 100 zł.

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych wyłącznie do celów wewnętrznych Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis kandydata

Kandydata(kę) przyjęto w poczet członków na zebraniu Ścisłego Prezydium Zarządu PTS w dniu..... i zapisano w rejestrze pod nr.....

.....  
Sekretarz PTS

.....  
Prezydent PTS