

.....
(Miejscowość, data)

Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne

Oddział

Adres:

.....

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

.....
(podpis)

Imię i nazwisko

Rok urodzenia

Rok ukończenia studiów wyższych

Stopień/tytuł naukowy/zawodowy

Zajmowane stanowisko

Miejsce pracy

Adres prywatny, e-mail, tel.

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (dalej RODO), Zarząd Oddziału uprzejmie informuje, że dane osobowe członków Towarzystwa będą umieszczone w informatycznej adresowej bazie danych i będą wykorzystywane wyłącznie przez Zarząd Oddziału PTFarm do przekazywania korespondencji związanej z członkostwem w Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym oraz innych materiałów informacyjnych. Dane osobowe członków Towarzystwa nie będą udostępniane i wykorzystywane w żadnej formie poza Towarzystwem. Członkowie Towarzystwa mają prawo wglądu i poprawiania swoich danych osobowych. Jednocześnie Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne jako Administrator Danych Osobowych informuje, że we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych oraz korzystaniem z praw przysługujących na mocy RODO można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym z siedzibą przy ul. Długiej 16, 00-238 Warszawa. Tel: +48 22 831 79 63 mail: iodo@ptfarm.pl

Członkowie wprowadzający:

1.....
Imię i nazwisko Podpis

2.....
Imię i nazwisko Podpis

Przyjęto w poczet członków Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego na posiedzeniu Zarządu
w dniu

Za Zarząd