# 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. ; lek.)
6. Stanowisko
7. Adres do pracy:

Szpital

Oddział

Ulica

Miasto kod pocztowy

Tel/fax

1. Adres domowy (z kodem):
2. Adres e-mail:
3. Adres preferowany do korespondencji\*
4. Tel/fax
5. Oddział PTAiIT\*
6. Nazwa ukończonej szkoły wyższej, rok ukończenia:
7. Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (T/N), rok ukończenia specjalizacji:
8. Posiadane inne specjalizacje:
9. Lekarz szkolący się, przed ukończeniem specjalizacji: (T/N)

Rok specjalizacji

1. Emeryt (T/N)
2. Członek honorowy (T/N)
3. Data wpłacenia ostatniej składki na PTAiIT\*

\*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 **VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k., Grupa Via Medica**, ul. Świętokrzyska 73, 80–180 Gdańsk celem wysyłki czasopisma Anestezjologia Intensywna Terapia.

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 Pieczątka Podpis

Wypełnioną deklarację proszę przesłać pocztą na adres:

Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii

ul. Smoluchowskiego 17

80-214 Gdańsk