OGÓLNOPOLSKIE STOWARZYSZENIE KIEROWNIKÓW MEDYCZNYCH LABORATORIÓW DIAGNOSTYCZNYCH

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………….

PESEL: ………………………………………..

Tytuł zawodowy: ………………………………………………………………………………………...

Tytuł naukowy: …………………………………………………………………………………………..

Posiadane specjalizacje: ………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

W trakcie specjalizacji: …………………………………………………………………………………..

Adres służbowy:

Nazwa instytucji: ………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………

Kod: …………………………. , Miejscowość ………………………………………………………….

Ulica i numer: ……………………………………………………………………………………………

Telefon: …………………………………………………………………………………………………..

Fax lub adres e-mail: …………………………………………………………………………………………...

Adres domowy:

Kod: …………………………. , Miejscowość: …………………………………………………………

Ulica i numer domu/mieszkania: ………………………………………………………………………...

Telefon stacjonarny: …………………………… , Telefon komórkowy: ……………………………….

Adres e-mailowy: ………………………………………………………………………………………...

***Niniejszym deklaruję chęć wstąpienia do Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych (OSKMLD)***

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma(-y) praw i obowiązków członka OSKMLD wynikających ze statutu Stowarzyszenia i wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do prowadzenia działań statutowych.

………………………………………….

podpis składającego deklarację