



....., dnia
miejsowość

Deklaracja o przystąpieniu do Polskiego Towarzystwa Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży

Ja, niżej podpisany
proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży
z siedzibą w: Gdyni 81-519, ul. Powstania Styczniowego 9B, NIP 586-223-46-90, REGON: 193066905, KRS 0000212636.
Oświadczam, że znam postanowienia statutu, cele oraz zadania PTMMTiP, zobowiązuję się do ich przestrzegania oraz do aktywnego,
sumiennego i godnego uczestniczenia w działalności PTMMTiP.
Zobowiązuję się do terminowego i systematycznego opłacania rocznych składek członkowskich na konto PTMMTiP.

Dane osobowe:

1. Nazwisko
2. Imiona
3. Data i miejsce urodzenia
4. Adres:
Kod pocztowy: miejscowość:
- Ulica: numer domu/mieszkania:
- Telefon:
5. PESEL
6. Miejsce pracy z adresem
7. E-mail

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży, zawartych w mojej deklaracji członkowskiej dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań statutowych Towarzystwa, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. O ochronie danych osobowych (Dz. Ust.nr 133 poz.883). Wypełniając formularz deklaracji członkowskiej wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych w bazie danych Towarzystwa.

.....
(podpis)

Uchwała Zarządu PTMMTiP z dnia 20 r.,

Zarząd PTMMTiP w Gdyni postanawia przyjąć

w poczet członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Morskiej Tropikalnej i Podróży.

.....
Sekretarz Zarządu

.....
Prezes Zarządu

**Roczną składkę członkowską w wysokości 60 zł należy wpłacić na konto PTMMTiP:
SANTANDER BANK POLSKA S.A.
nr rachunku 14 1090 1102 0000 0001 3458 4150**