DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

***Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek i Położnych Neonatologicznych***

Wyrażam swoją wolę przystąpienia do ***Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek i Położnych Neonatologicznych***

1. IMIĘ/IMIONA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. NAZWISKO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. DATA URODZENIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. TELEFON KONTAKTOWY, E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ADRES ZAMIESZKANIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. MIEJSCE PRACY\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. TYTUŁ ZAWODOWY / STOPIEŃ NAUKOWY / STUDENT (UCZELNIA, KIERUNEK, ROK), WYKSZTAŁCENIE, ZAWÓD WYKONYWANY

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. OŚWIADCZENIA

 \*Oświadczam, że podane przeze mnie dane są kompletne i prawdziwe.

 \*Zapoznałem się ze statutem Towarzystwa i niniejszym zobowiązuję się do opłacania rocznych składek członkowskich.

 \*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PTPiPN dla potrzeb ewidencji członkowskiej.

 ***PODPIS***

***PODPIS PREZESA PTPiPN***