

**Sekcja Fizykodiagnostyki i Fizjoterapii Stomatologicznej
Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii**

Siedziba: Samodzielna Pracownia Propedeutyki i Fizykodiagnostyki Stomatologicznej
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
al. Powstańców Wlkp. 72, 70-111 Szczecin
Tel. +48-91-466 16 73 **Fax** +48-91-466 17 27
e-mail: zpropst@gmail.com **strona:** www.sffsptf.pl
Konto: Pracownia Rentgenowska CBCT iCAT Piotr Stodolny
Millenium Bank: 36 1160 2202 0000 0002 3453 9657

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Sekcji Fizykodiagnostyki i Fizjoterapii Stomatologicznej Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii.

I. Dane osobowe

Imię i Nazwisko:
Adres zamieszkania: kod Miejscowość:
ul.
tel. dom./ kom.
e-mail:

II. Miejsce pracy, adres, telefon (opcjonalnie):

Adres: kod Miejscowość:
ul.
tel. dom./ kom.
e-mail:

III. Inne informacje (opcjonalnie)

Uczelnia:
Data uzyskania dyplomu:
Tytuł naukowy:

IV. Dane do faktury (opcjonalnie):

Imię i Nazwisko:
Adres zamieszkania: kod Miejscowość:
ul.
tel. dom./ kom.
NIP: REGON:

Zobowiązuję się do przestrzegania Statutu Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii. Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn.29.08.1997r. (Dz.U. 133 poz.883 z późn. zmianami) w celach naukowych i statutowych PTF oraz umieszczenia ich w bazie danych ZG PTF. Mam prawo wglądu do zamieszczonych danych oraz ich poprawiania.

Akceptuję składkę członkowską w wysokości (właściwą opcję proszę oznaczyć znakiem x)

1. **100zł rocznie** – dla lekarzy, fizjoterapeutów, higienistek i innych osób reprezentujących zawody medyczne ☐
2. **50 zł rocznie** – dla studentów zawodów medycznych wskazanych w punkcie powyżej ☐

Data wypełnienia deklaracji.....

Czytelny podpis.....