



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA KANDYDATÓW  
do Polskiej Akademii Profilaktyki Stomatologicznej

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków wspierających Polskiej Akademii Profilaktyki Stomatologicznej.

DANE PERSONALNE KANDYDATA

Nazwisko i Imię (Imiona): .....

Rok ukończenia i nazwa Policealnej Szkoły Medycznej: .....

Adres do korespondencji: .....

(ulica, kod pocztowy, miejscowość, województwo) .....

Nr telefonu: ..... e-mail: .....

Miejsce pracy: .....

.....

.....

Data

Własnoręczny podpis

Członkowie wprowadzający (dwie osoby będące Aktywnymi Członkami Akademii) :

#1. ....

#2 .....

.....

.....

Deklaruję znajomość i gotowość do realizacji celów statutowych i zobowiązuję się także do regularnego opłacania ustalonej składki członkowskiej. Składka płacona jest jednorazowo do końca I kwartału danego roku kalendarzowego. Wysokość składki rocznej wynosi 300,- pln

Zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych przez Polską Akademię Profilaktyki Stomatologicznej w celu obsługi mojego członkostwa w Akademii do momentu ustania tego członkostwa. Rozumiem, że w każdej chwili przysługuje mi prawo do wglądu oraz poprawienia tych danych. Zobowiązuję się do aktualizowania moich danych kontaktowych, a w szczególności numeru telefonu i adresu mail, niezwłocznie po ich każdorazowej zmianie. Informacje o takich zmianach są przesyłane na adres e-mail : [biuro@paps.org.pl](mailto:biuro@paps.org.pl)

Data: ..... Podpis: .....

Polska Akademia Profilaktyki Stomatologicznej, ul. Chmielna 2 lok. 31, 00-020 Warszawa.