



PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków ZWYCZAJNYCH Polskiego Towarzystwa Studentów Farmacji

Nazwisko	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>
Drugie imię	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text" value="D D"/> - <input type="text" value="M M"/> - <input type="text" value="R R R R"/>
E-mail	<input type="text"/>
Rok studiów	<input type="text"/>

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych w bazie danych członków Stowarzyszenia i przetwarzanie ich zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883. wraz z późniejszymi zmianami), wykorzystywanie ich w celach statutowych, a także na umożliwienie korzystania z nich podmiotom współpracującym ze Stowarzyszeniem.

Zostałem poinformowany o dobrowolności podania danych osobowych, a także o prawie do wglądu, poprawiania i usunięcia moich danych osobowych. Moimi danymi osobowymi administrować będzie Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji

Wyrażam zgodę na otrzymanie informacji w rozumieniu ustawy z 18.07.2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204) na mój adres e-mail lub przy użyciu innych środków komunikacji elektronicznej.

Równocześnie przyjmuję do wiadomości, że składki członkowskie nie podlegają nigdy zwrotowi.
Oświadczam, iż znam Statut Polskiego Towarzystwa Studentów Farmacji i zobowiązuje się do przestrzegania go.
Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszej deklaracji dane są prawdziwe.

.....
(MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

.....
(PODPIS)



WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL ZARZĄDU LOKALNEGO ODDZIAŁU PTSE

Członek opłacił składkę na rok TAK/NIE*

.....
(MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

.....
(PODPIS SKARBNIKA ODDZIAŁU)

NADANIE CZŁONKOSTWA:

Decyzją Zarządu Oddziału z dnia student(ka)
ZOSTAŁ(A) / NIE ZOSTAŁ(A)* przyjęty(a) w poczet członków Polskiego Towarzystwa Studentów Farmacji

.....
(MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

(pieczęć)

.....
(PODPIS PRZEWODNICZĄCEGO ODDZIAŁU)

PRZEDŁUŻENIE CZŁONKOSTWA:

ROK AKADEMICKI:	ROK STUDIÓW:	GRUPA DZIEKAŃSKA:	Informacja o opłaceniu składki i inne uwagi:	Podpis Przewodniczącego ODDZIAŁU:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

WYGAŚNIĘCIE/POZBAWIENIE* CZŁONKOSTWA:

Zarząd Oddziału dnia podjął decyzję o WYGAŚNIĘCIU/POZBAWIENIU* członkostwa w Polskim Towarzystwie Studentów Farmacji

.....
(MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

(pieczęć)

.....
(PODPIS PRZEWODNICZĄCEGO ODDZIAŁU)

* niepotrzebne skreślić