

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO "Klubu Młodych" PTEiDD

Tytuł naukowy (skrót) Nazwisko i imię:

PESEL

NIP

DANE KONTAKTOWE (PRYWATNE)

Telefon:

Ulica:

Miasto i kod pocztowy:

DANE MIEJSCA PRACY

Nazwa

Telefon:

Ulica:

Miasto i kod pocztowy:

DANE DO FAKTURY VAT

Nazwa

Ulica:

Miasto:

Kod pocztowy NIP

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu dla potrzeb Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 923 ze zm.

.....

Adres email

.....

.....
(czytelny podpis)

Zgoda Zarządu PTEiDD