

**Deklaracja członkowska**  
**Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego**

nazwisko: \_\_\_\_\_ imię, drugie imię: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Miejsce

tytuł naukowy: \_\_\_\_\_ urodzenia: \_\_\_\_\_  
Oddział PTD: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania:

ulica: \_\_\_\_\_ nr domu, lokalu: \_\_\_\_\_

miejsowość: \_\_\_\_\_ kod pocztowy: \_\_\_\_\_

telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Chcę otrzymywać korespondencję od PTD na wskazany wyżej adres mailowy  TAK  NIE

Jestem:  lekarzem  
 pielęgniarką lub położną  
 w inny sposób związana/-y z diabetologią – jaki?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Miejsce pracy:

nazwa: \_\_\_\_\_  
ulica: \_\_\_\_\_ nr domu, lokalu: \_\_\_\_\_  
miejsowość: \_\_\_\_\_ kod pocztowy: \_\_\_\_\_

specjalizacja: \_\_\_\_\_ stopień: \_\_\_\_\_

rok uzyskania: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**UWAGA:** w celu szybszej i łatwiejszej komunikacji w sprawach związanych z wykonywaniem praw i obowiązków członka PTD, koniecznym jest założenie konta w serwisie PTD udostępnionym na stronie [www.cukrzyca.info.pl](http://www.cukrzyca.info.pl)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach statutowych. Rozumiem, że podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne (dane oznaczone kolorem czerwonym), jeśli chcę zostać członkiem PTD. Administratorem moich danych osobowych będzie Polskie Towarzystwo Diabetologiczne z siedzibą w Gdańsku, przy ul. Dębinki 7, 80-952. Więcej informacji o administratorze moich danych osobowych i przysługujących mi prawach mogę znaleźć na stronie [www.cukrzyca.info.pl](http://www.cukrzyca.info.pl)

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
podpis