

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA KANDYDATÓW
do Polskiej Akademii Stomatologii Estetycznej

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków wspierających Polskiej Akademii Stomatologii Estetycznej

DANE PERSONALNE KANDYDATA

Nazwisko i Imię (Imiona):

Stopień lub tytuł naukowy: Zawód:

Rok ukończenia studiów i nazwa uczelni

Specjalizacja: Nr prawa wykonywania zawodu:

Adres do korespondencji:
(ulica, kod pocztowy, miejscowość, województwo)

tel. komórkowy: tel. stacjonarny: fax: e-

mail:

Miejsce pracy:

Deklaruję znajomość i gotowość do realizacji celów statutowych i zobowiązuję się także do regularnego opłacania ustalonej składki członkowskiej.

Wysokość składki wynosi 1200,- pln i jest ona płatna jednorazowo w cyklu co 12-cie miesięcy liczonych od dnia wstąpienia do PASE

(Pierwsza wpłata musi nastąpić w ciągu 14 dni od otrzymania potwierdzenia mailowego o przyjęciu w poczet członków PASE)

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 Stomatologii Estetycznej 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 mail biuro@pase.org.pl

Członkowie wprowadzający (dwie osoby będące Członkiem Aktywnym Akademii) :

Imię i Nazwisko

Podpisy

1.....

2.....

Udział w konferencjach i spotkaniach PASE:.....

.....
Pieczęćka

.....
Data

.....
Własnoręczny podpis

Polska Akademia Stomatologii Estetycznej
ul. C.Śniegockiej 8/103, 00-430 Warszawa
www.pase.org.pl