

Polska Federacja Ośrodków Transplantacji Szpiku
(PFOTS)
Polish Federation of Blood and Marrow Transplantation Centers
(PFBMT)

Deklaracja członkowska

Imię i nazwisko.....

Stopień naukowy.....

Posiadane specjalizacje.....

.....

.....

.....

.....

Adres zamieszkania.....

Miejsce pracy.....

Telefon kontaktowy.....

Adres e-mailowy.....

**Niniejszym deklaruję chęć wstąpienia
do Polskiej Federacji Ośrodków Transplantacji Szpiku**

Jednocześnie oświadczam, że:

- jestem świadoma (-y) praw i obowiązków wynikających z postanowień statutu stowarzyszenia
- wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych przez władze Polskiej Federacji Ośrodków Transplantacji Szpiku (Zarząd Główny) w zakresie niezbędnym dla prowadzenia działań statutowych

Data:

Podpis: