



DANE OSOBOWE

formularz interaktywny

W przypadku odręcznego prosimy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

imię	<input type="text"/>
nazwisko	<input type="text"/>
adres zamieszkania	<input type="text"/>
adres do korespondencji	<input type="text"/>
telefon kontaktowy	<input type="text"/>
adres e-mail	<input type="text"/>
kierunek / specjalność	<input type="text"/>
nazwa uczelni	<input type="text"/>
rok studiów	<input type="text"/>

Po zapoznaniu się ze Statutem Polskiego Towarzystwa Optometrii i Optyki, regulaminem uiszczania składek członkowskich wyrażam wolę przynależności do Towarzystwa i zobowiązuję się przestrzegać postanowień Statutu Towarzystwa. Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez PTOO w celach statutowych. Dane nie są i nie będą udostępniane osobom trzecim.

miejsce i data podpisania deklaracji

podpis

CZŁONKOWIE WPROWADZAJĄCY

czytelnie wpisać imię i nazwisko

podpis osoby wprowadzającej

czytelnie wpisać imię i nazwisko

podpis osoby wprowadzającej

ZAŁĄCZNIKI

Dokumenty potwierdzające nabywanie wykształcenie oraz potwierdzające tożsamość

1.
2.
3.

Poprawnie wypełnioną deklarację wraz z załącznikami potwierdzonymi za zgodność z oryginałem własnoręcznym podpisem prosimy wysłać pocztą tradycyjną na adres: **Biuo PTOO, ul. Kolegiacka 1, 98-200 Sieradz**. W przypadku braku wymaganych dokumentów lub błędnego wypełnienia deklaracji, nie podlega ona rozpatrzeniu.