



Polskie Towarzystwo Mezoterapii

ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa
www.poltowmezo.pl

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Prosimy o wypełnienie **DRUKOWANYMI LITERAMI**

Imię:	
Nazwisko:	
Zawód: lekarz / lekarz dentysta	
Nr PWZ	
Stopień / tytuł naukowy:	
Specjalizacja:	
Pesel:	
Tel. Kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Miejsce zamieszkania:	
Miejsce pracy:	
Osoba wprowadzająca:	

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Mezoterapii z ustawą z dnia 29.08.2009r. o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. 133/97, pozycja 883 ”.

.....
data i podpis