ANKIETA UZUPEŁNIAJĄCA DANE O CZŁONKU POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO
ODDZIAŁ .....

NAZWISKO:
IMIĘ: **Data urodzenia:** / /
TYTUŁ: **Miejsce urodzenia**

Nr prawa wykonywania zawodu:

Rok uzyskania specjalizacji: **I°** **II°** **Choroby wewnętrzne/Pediatria**[*)]
Kardiologia: **Kardiologia dziecięca:**
Kardiochirurgia:

Miejsce pracy:

Ulica: **Nr:**
Kod: - **Miasto:**
Państwo:
Nr telefonu: **Nr faksu:**

☐ **Poradnia** ☐ **Szpital** ☐ **Oddział szpitalny** ☐ **Echo** ☐ **Ergometria**
☐ **Holter** ☐ **Angiografia** ☐ **Angioplastyka** ☐ **Stymulatory**
☐ **ICD** ☐ **Elektrofizjologia**

ADRES DOMOWY:
Ulica: **Nr:**
Kod: - **Miasto:**
Państwo:
Nr telefonu: **Nr faksu:**
Nr telefonu komórkowego:
E-mail:

☐ **Korespondencja do domu**

W związku z wymogami Ustawy z dnia 29.04.98r. o Ochronie Danych Osobowych Polskie Towarzystwo Kardiologiczne informuje, że Państwa dane znajdą się w bazie danych naszego Towarzystwa. Gromadzone są one wyłącznie na potrzeby Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Dane podlegają ochronie i nie są udostępniane osobom postronnym. Każda osoba, której dane figurują w naszej bazie, ma prawo wglądu do swoich danych oraz do ich poprawiania, a także może w dowolnym momencie zażądać zaprzestania przetwarzania tych danych i usunięcia ich ze zbioru. W takim przypadku prosimy o poinformowanie pisemnie na adres: Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, ul. Stawki 3A/1, 00-193 Warszawa, tel. 22.8871856, faks. 22.8871858. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla realizacji celów statutowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Data i podpis wnioskodawcy

Data wstąpienia do PTK / / /

☐ **Aktywny**
☐ **Renta/emerytura** **Rok przejścia:**
☐ **Skreślenie z listy** **Data skreślenia:** / /

*) niepotrzebne skreślić

Data i podpis Przewodniczącego Oddziału