



**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO  
ODDZIAŁ .....**

|                  |  |                          |  |   |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|
| <b>NAZWISKO:</b> |  | <b>Data urodzenia:</b>   |  |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>IMIĘ:</b>     |  | /                        |  | / |  |  |  |  |  |  |
| <b>TYTUŁ:</b>    |  | <b>Miejsce urodzenia</b> |  |   |  |  |  |  |  |  |

Nr prawa wykonywania zawodu:

|                                     |                         |   |            |   |   |
|-------------------------------------|-------------------------|---|------------|---|---|
| <b>Rok uzyskania specjalizacji:</b> | <b>I°</b>               | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <b>II°</b> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <b>Choroby wewnętrzne/Pediatrica<sup>*)</sup></b>       |
|                                     | <b>Kardiologia:</b>     | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |            | <b>Kardiologia dziecięca:</b>                           | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
|                                     | <b>Kardiochirurgia:</b> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |            |   |   |

**Miejsce pracy:**

|                     |   |                  |  |
|---------------------|---|------------------|--|
| <b>Ulica:</b>       |   | <b>Nr:</b>       |  |
| <b>Kod:</b>         | - | <b>Miasto:</b>   |  |
| <b>Państwo:</b>     |   |                  |  |
| <b>Nr telefonu:</b> |   | <b>Nr faksu:</b> |  |

|  |   |   |                                      |   |
|--|---|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Poradnia</b> | <input type="checkbox"/> <b>Szpital</b>           | <input type="checkbox"/> <b>Oddział szpitalny</b> | <input type="checkbox"/> <b>Echo</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ergometria</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Holter</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Angiografia</b>       | <input type="checkbox"/> <b>Angioplastyka</b>     |                                      | <input type="checkbox"/> <b>Stymulatory</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>ICD</b>      | <input type="checkbox"/> <b>Elektrofizjologia</b> |   |                                      |   |

**ADRES DOMOWY:**

|                                 |   |                  |  |
|---------------------------------|---|------------------|--|
| <b>Ulica:</b>                   |   | <b>Nr:</b>       |  |
| <b>Kod:</b>                     | - | <b>Miasto:</b>   |  |
| <b>Państwo:</b>                 |   |                  |  |
| <b>Nr telefonu:</b>             |   | <b>Nr faksu:</b> |  |
| <b>Nr telefonu komórkowego:</b> |   |                  |  |
| <b>E-mail:</b>                  |   |                  |  |

**Korespondencja do domu**

W związku z wymogami Ustawy z dnia 29.04.98r. o Ochronie Danych Osobowych Polskie Towarzystwo Kardiologiczne informuje, że Państwa dane znajdują 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

1. Osoba wprowadzająca: \_\_\_\_\_  
Nazwisko i imię, Podpis

2. Osoba wprowadzająca: \_\_\_\_\_  
Nazwisko i imię, Podpis

**Data wstąpienia do PTK**  /  /

**Aktywny**

**Renta/emerytura**

**Skreślenie z listy**

**Rok przejścia:**  /

**Data skreślenia:**  /  /

\*) niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_  
Data i podpis Przewodniczącego Oddziału