*dane Członka wstępującego*

*adres wnioskującego*

*miejsce zatrudnienia*

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

**Do Zarządu Głównego**

**Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego**

 **Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego.**

* Imię i nazwisko:
* Stopień naukowy i tytuł zawodowy:
* Miejsce pracy/studiów (adres, tel. e-mail):
* Ukończone studia (uczelnia, wydział, rok ukończenia):
* Stanowisko:
* Adres do korespondencji:
* Data otrzymania stopni naukowych ..........................
* Data otrzymania tytułów naukowych ……………………………..
* Informacje o pracy naukowej

a) dziedzina szczegółowego zainteresowania:

b) publikacje naukowe (załącznik nr 1)

**Oświadczam, że zapoznałam(em) się ze Statutem Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów oraz do aktywnego udziału w realizowaniu statutowych zadań Towarzystwa.**

*miejscowość, data ...............................*

 *czytelny podpis*

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA CZŁONKA PTF**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Administratora Danych, którym jest Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego z siedziba przy ul. Banacha 1B w Warszawie. Zgoda dotyczy przetwarzania danych osobowych takich jak imię, nazwisko, danych kontaktowych, miejsca pracy i miejsca zamieszkania, informacji o wykształceniu i dorobku naukowym zawartych w formularzu deklaracji członkowskiej PTF w celu:

* prowadzenia rejestru Członków PTF

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Imię i Nazwisko |  | Data wyrażenia zgody |

* wysyłania informacji organizacyjnych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Imię i Nazwisko |  | Data wyrażenia zgody |

* wysyłania informacji o posiedzeniach naukowych i kongresach

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Imię i Nazwisko |  | Data wyrażenia zgody |

Polskie Towarzystwo Farmakologiczne informuje, że przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody

Ponadto posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do przyjęcia Pani/Pana w poczet członków PTF. Wyrażanie zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych wizerunkowych jest dobrowolne.

Udostępnione przez Panią/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu.

Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

............................................................................................
 czytelny podpis

**CZŁONKOWIE WPROWADZAKJĄCY**

*Imię i nazwisko podpis*

* **...............................**
* **.................................**

**Kandydatura została przyjęta na posiedzeniu Oddziału** ……………………….

**Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego w dniu** ……………………………..

…………………………………………… ……………………………………….

 Sekretarz Oddziału Przewodniczący Oddziału

**Decyzją Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego**

**na posiedzeniu w dniu** ………………………………**przyjęto w poczet**

**członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego.**

………………………………………….. …………………………………………………

Sekretarz ZG PTF Przewodniczący ZG PTF

Załącznik nr 1

**Spis publikacji naukowych**

1.

2.

3.

.....