**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA NAJLEPSZĄ PRACĘ Z ZAKRESU FARMAKOLOGII W LATACH 2018-2022**

IMIĘ………………………………………………………… NAZWISKO……………..……………………………………………….

AFILIACJA…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

TYTUŁ PRACY …………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

WSPÓŁAUTORZY…………………………………………………………………………………………………………………………………

CZASOPISMO ………………………………………………………………………………………………………………………………………

DATA PRZYJĘCIA PRACY DO DRUKU ……………………………………………….

DATA OPUBLIKOWANIA PRACY (JEŚLI JEST OPUBLIKOWANA) …………………………………………………

ADRES DO KORESPONDENCJI ………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ADRES E-MAIL…………………………………………………………………………………………………………………………………..

TELEFON…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

DATA I PODPIS………………………………………………………………………………………………….

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM (AM) SIĘ Z REGULAMINEM KONKURSU NA NAJLEPSZĄ PRACĘ Z ZAKRESU FARMAKOLOGII

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

OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSCY WSPÓŁAUTORZY PRACY WYRAŻAJĄ ZGODĘ NA ZGŁOSZENIE PRACY W KONKURSIE NA NAJLEPSZĄ PRACĘ Z ZAKRESU FARMAKOLOGII I SĄ O TYM POINFORMOWANI

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

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 zgłoszenia pracy w konkursie na najlepszą pracę z zakresu farmakologii w celu:

1. prowadzenia rejestru osób, które zgłosiły prace do konkursu

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

1. wysyłania informacji organizacyjnych związanych z przeprowadzeniem konkursu

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

1. wysyłania informacji o organizacyjnych

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

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

**WYPEŁNIA SKARBNIK POLSKIEGO TOWARZYSTWA FARMAKOLOGICZNEGO (PO ZGŁOSZENIU PRACY DO KONKURSU, NA NAJBLIŻSZYM POSIEDZENIU ZG PTF)**

POTWIERDZAM, IŻ OSOBA ZGŁASZAJĄCA PRACĘ JEST AKTYWNYM CZŁONKIEM POLSKIEGO TOWARZYSTWA FARMAKOLOGICZNEGO I NIE POSIADA ZALEGŁOSCI Z TYTUŁU OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH.

DATA I PODPIS SKARBNIKA PTF …………………………………………………………………………………………………………..