



Data

DEKLARACJA PRZYNALEŻNOŚCI* DO KOLEGIUM LEKARZY RODZINNYCH W POLSCE

Pan/i/ ur.....

NPWZ:.....

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem(am) się ze Statutem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i deklaruję swoją wolę wstąpienia do Kolegium.

** Jestem lekarzem rodzinnym. Specjalizację uzyskałem(am) w roku

** Jestem lekarzem w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej.
Zobowiązuję się do powiadomienia KLRwP o uzyskaniu specjalizacji niezwłocznie jak to nastąpi.

*** Inne:..... **

** proszę zaznaczyć właściwą opcję

*** proszę wpisać, np. student, lekarz innej specjalności, przedstawiciel innego zawodu etc.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych w celach informacyjnych, administracyjnych i statutowych Stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

.....
/podpis/

PROSZĘ PODAĆ PONIŻSZE DANE:

Adres i telefon aktualnego miejsca pracy

.....
.....
.....

Adres zamieszkania

.....
.....
.....

Zajmowane stanowisko:

.....

telefon:.....

Posiadana specjalizacja i stopień naukowy:

.....
.....

Chcę należeć do:

Oddziału Terenowego/Wojewódzkiego:

.....

e-mail:

.....

Dobra znajomość języka:

.....

- Deklaracja ważna wraz z potwierdzeniem wpłaty pierwszej składki członkowskiej w wysokości 120 zł rocznie.
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, 00-209 Warszawa, ul. Muranowska 1, Nr konta: 34 1240 5989 1111 0000 4765 4891