



Data

DEKLARACJA PRZYNALEŻNOŚCI DO KOLEGIUM LEKARZY RODZINNYCH W POLSCE

Pan/i/ ur.....

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:.....**

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z celami statutowymi Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

.....
/podpis/

* proszę zaznaczyć właściwą opcję

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

PROSZĘ PODAĆ PONIŻSZE DANE:

Adres i telefon aktualnego miejsca pracy

Adres zamieszkania

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

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

Zajmowane stanowisko:

województwo:.....

.....
.....

telefon:.....

Posiadana specjalizacja i stopień naukowy:

Chcę należeć do Oddziału Terenowego:

.....
.....

.....
.....

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