



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/

PROSZE 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