

Polskie Towarzystwo Gastroenterologii  
Oddział Białostocki  
**Deklaracja Członkowska**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Tytuł lub stopień naukowy: .....

Specjalizacja: .....

Stanowisko: .....

Miejsce pracy: .....

Ulica: .....

Miejscowość, kod pocztowy: .....

Telefon i e-mail: .....

Adres zamieszkania: .....

Ulica: .....

Miejscowość, kod pocztowy: .....

Telefon i e-mail: .....

.....  
Data i Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Oddział Białostocki PTG-E.

.....  
Data i Podpis