

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:

e-mail:

Posiadana specjalizacja i stopień naukowy:

.....
.....

Chcę należeć do Oddziału Terenowego:

.....

Dobra znajomość języka:

.....

-
- Deklaracja ważna wraz z potwierdzeniem wpłaty pierwszej składki członkowskiej w wysokości **70 zł rocznie**.
 - Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, 00-209 Warszawa, ul. Muranowska 1, Nr konta: 34 1240 5989 1111 0000 4765 4891