

POLSKIE TOWARZYSTWO AUDIOLOGICZNE I FONIATRYCZNE

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

Imię i nazwisko: .....

Zawód:..... tytuł:.....

Adres: .....

Kod pocztowy:..... Miasto: .....

Telefon:.....

Fax:..... e-mail:.....

Miejsce pracy: .....

.....

Data..... Podpis: .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PTAF z siedzibę w Łodzi, ul. św, Teresy 8 oraz na umieszczenie ich w informacyjnej bazie danych. Przyjmuje do wiadomości, iż jestem uprawniony(-na) do wglądu do moich danych oraz ich poprawiania.

Podpis.....

✂ - - - - -

Składka roczna członkowska w Polskim Towarzystwie Audiologicznym i Foniatrycznym wynosi **30 PLN (20 PLN** w przypadku członków poniżej 35 roku życia):

Wpłaty prosimy dokonywać na Nr konto PTAF: **74 1020 3408 0000 4402 0194 4867** PKO Bank Polski Spółka Akcyjna Oddział 7 w Łodzi, ul. Zgierska 223.  
z dopiskiem: „Składka członkowska PTAF – rok opłaty (imię i nazwisko członka)”  
Potwierdzeniem nabycia członkostwa PTAF jest uiszczenie składki rocznej i dokument potwierdzający wpłatę (potwierdzenie przelewu lub potwierdzenie wpłaty)

**Adres strony internetowej Towarzystwa: [www.ptaf.pl](http://www.ptaf.pl)**