

POLSKIE TOWARZYSTWO GASTROENTEROLOGII

ODDZIAŁ GDAŃSKI

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

Klinika Gastroenterologii i Hepatologii

80-214 Gdańsk, ul. Smoluchowskiego 17

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Tytuł lub stopień naukowy:

Specjalizacja:

Miejsce pracy

Nazwa

Ulica:

Miejscowość i kod pocztowy:

Telefon:

Adres zamieszkania (korespondencji)

Ulica:

Miejscowość i kod pocztowy:

Telefon:

Email:

Data i podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Gastroenterologii – Oddział w Gdańsku.

Data i podpis