



1. nazwisko i imię
2. data i miejsce urodzenia
3. nr prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii<sup>1</sup>
4. tytuł i stopień naukowy/Specjalizacja
5. adres zamieszkania

6. adres miejsca pracy<sup>2</sup>

7. adres do korespondencji

8. nr telefonu

9. e-mail

Deklarację przynależności do sekcji wypełnić opcjonalnie:

<input type="checkbox"/>	Sekcja Anestezjologii Weterynaryjnej	<input type="checkbox"/>	Sekcja Okulistyki
<input type="checkbox"/>	Sekcja Chirurgii	<input type="checkbox"/>	Sekcja Onkologii
<input type="checkbox"/>	Sekcja Dermatologii	<input type="checkbox"/>	Sekcja Rozrodu
<input type="checkbox"/>	Sekcja Diagnostyki Obrazowej	<input type="checkbox"/>	Sekcja Stomatologii
<input type="checkbox"/>	Sekcja Neurologii		

\*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w powyższym formularzu przez Polskie Stowarzyszenie Lekarzy Weterynarii Małych Zwierząt z siedzibą w Lublinie przy ulicy Lubartowskiej 68A lok. U5 (działającego jako administrator danych) zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U 2018 poz.1000 z dnia 24 maja 2018) oraz Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

\*Wyrażam zgodę na kontaktowanie się ze Stowarzyszeniem środkami komunikacji elektronicznej.

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków PSLWMZ. Oświadczam, że znane mi są cele, zadania i zasady działania Stowarzyszenia ujęte w jego Statucie. Zobowiązuję się do aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia oraz terminowego opłacania składek członkowskich.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość i data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis

**Decyzja zarządu PSLWMZ:**

\_\_\_\_\_  
data przyjęcia

1. nie dotyczy studentów weterynarii
2. studenci wpisują adres uczelni