

**Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej**  
**51-141 Wrocław, ul. Syrokomli 1**

Deklaracja Członkowska nr ...../.....

1. Imię i nazwisko .....
2. Tytuł naukowy .....
3. Numer prawa wykonywania zawodu .....
4. Data i miejsce urodzenia .....
5. Zawód .....
6. Specjalizacja .....
7. Adres zamieszkania .....
8. Telefon kontaktowy .....
9. E-mail .....

**Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej jako członka zwyczajnego\* / wspierającego\***

**Z uwagi na miejsce zamieszkania, proszę o przypisanie do oddziału (proszę wybrać):**

- |                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| 1. Dolnośląski           | 5. Lubelski          |
| 2. Łódzki                | 6. Wielkopolski      |
| 3. Warszawsko-Mazowiecki | 7. Podlaski          |
| 4. Pomorski              | 8. Śląsko-Małopolski |

**Jestem zainteresowany działalnością w sekcjach (można wybrać więcej niż jedną, wybór nieobowiązkowy):**

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1. Naukowej                 | 9. Opieki wspierającej i leczenia bólu      |
| 2. Młodych lekarzy          | 10. COVID-19                                |
| 3. Zagadnień prawnych w POZ | 11. Chorób Metabolicznych i Cywilizacyjnych |
| 4. Ultrasonografii (USG)    | 12. Pielęgniarstwa                          |
| 5. Szczepień                | 13. Promocji Zdrowia Psychicznego           |
| 6. Medycyny podróży         | 14. Fitoterapii                             |
| 7. Medycyny stylu życia     | 15. Opieki Koordynowanej                    |
| 8. Pielęgniarstwa           | 16. Wytucznych i Rekomendacji               |

**Jednocześnie oświadczam, że znany jest mi Statut Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i zobowiązuję się do jego przestrzegania a w szczególności do: brania czynnego udziału w działalności Towarzystwa, przestrzegania uchwał i postanowień Towarzystwa oraz regularnego opłacania składek członkowskich.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR), zawartych w niniejszej deklaracji członkowskiej dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań statutowych PTMR, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym w zakresie i na warunkach określonych w „Klauzuli Informacyjnej”, zamieszczonej na odwrocie niniejszej deklaracji.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\* na publikowanie mojego wizerunku (zdjęcia z konferencji, szkoleń) w tym wspólnie z wizerunkami innych osób, w Internecie (na stronie internetowej PTMR oraz na portalach społecznościowych, prowadzonych przez PTMR) jak również publikacjach elektronicznych i papierowych w okresie mojego członkostwa w Stowarzyszeniu, wydawanych przez PTMR. Oświadczam również, że zrzekam się dodatkowego wynagrodzenia z tego tytułu.

....., dnia .....

Miejscowość

.....  
Imię i nazwisko

## Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych (Klauzula informacyjna)

### 1. Administrator danych osobowych.

Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Stowarzyszenia Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław, KRS: 0000068080 (PTMR). Może się Pani / Pan z nami skontaktować w następujący sposób: listownie na adres: ul. Syrokomli 1, 51-11 Wrocław, przez e-mail: [ptmr@ptmr.info.pl](mailto:ptmr@ptmr.info.pl), telefonicznie: +48 71 326 68 70.

### 2. Cele i podstawy przetwarzania danych.

Przetwarzanie Pani / Pana danych osobowych, odbywać się będzie wyłącznie w zakresie realizacji przez Stowarzyszenie jego celów statutowych a w tym:

- 1) prowadzenie bazy Członków PTMR,
- 2) informowanie o konferencjach i szkoleniach,
- 3) kontakt przez pocztę elektroniczną, pocztę tradycyjną, telefonicznie,
- 4) w celach archiwalnych (dowodowych) dla zabezpieczenia informacji na wypadek prawnej potrzeby wykazania faktów co jest naszym prawnie uzasadnionym interesem.

### 3. Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.

Nie przekazujemy Pani / Pana danych poza teren Polski / UE / EOG.

### 4. Odbiorcy danych.

Pani / Pana dane osobowe możemy udostępniać następującym kategoriom podmiotów:

- 1) pracownikom / współpracownikom obsługującym biuro Stowarzyszenia w tym stronę www i portale społecznościowe,
- 2) innym podmiotom, którym mamy obowiązek przekazywania danych na gruncie obowiązujących przepisów prawa (np. urzędy skarbowe, sądy),
- 3) podmiotom świadczącym na Naszą rzecz usługi prawne, księgowość, hostingowe, informatyczne, wydawnicze, dostarczające przesyłki kurierskie, pocztę.

### 5. Okres przechowywania danych.

Pani / Pana dane będziemy przetwarzać przez okres Pani / Pana członkostwa w Polskim Towarzystwie Medycyny Rodzinnej oraz nie dłużej niż 10 lat od jego ustania.

### 6. Twoje prawa. Przysługuje Pani / Panu:

- 1) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
- 2) prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych,
- 3) prawo do usunięcia danych (Jeżeli Pani / Pana zdaniem nie ma podstaw do tego abyśmy przetwarzali Pani / Pana dane, może Pani / Pan żądać, abyśmy je usunęli),
- 4) ograniczenia przetwarzania danych (może Pani / Pan żądać abyśmy ograniczyli przetwarzanie Pani / Pana danych osobowych, wyłącznie do ich przechowywania lub wykonywania uzgodnionych z Panią / Panem działań, jeżeli Pani / Pana zdaniem mamy nieprawidłowe dane na Pani / Pana temat lub przetwarzamy je bezpodstawnie, lub nie chce Pani / Pan żebyśmy je usunęli, bo są Pani / Panu potrzebne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, lub na czas wniesionego przez Panią / Pana sprzeciwu względem przetwarzania danych),
- 5) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
- 6) prawo do przenoszenia danych,
- 7) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- 8) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

### 7. Informacja o wymogu / dobrowolności podania danych.

Podanie przez Panią / Pana danych jest dobrowolne, jest jednak warunkiem Pani / Pana członkostwa w Stowarzyszeniu. W przypadku gdy (w związku z realizacją zadań statutowych Towarzystwa) pojawi się konieczność uzyskania od Pani / Pana dodatkowych danych, zostanie Pani / Pan o to poproszony w odrębnej korespondencji.

### 8. Przetwarzanie danych w sposób zautomatyzowany.

Pani / Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

Miejscowość ....., dnia ....., imię i nazwisko .....

### Decyzja Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Uchwałą z dnia ....., nr ..... Zarząd postanowił przyjąć w poczet Członków zwyczajnych\*/wspierających\*

.....  
Sekretarz

.....  
Prezes

**Skreślony z listy Członków Towarzystwa dnia .....**

Na podstawie uchwały Zarządu z dnia ....., nr .....

.....  
Sekretarz

.....  
Prezes

\*) niepotrzebne skreślić