

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
51-141 Wrocław, ul. Syrokomli 1
Deklaracja Członkowska nr

1. **Imię i nazwisko**
2. **Specjalizacja**
(medycyna rodzinna / inna specjalizacja – jaka / w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej / w trakcie innej specjalizacji – jakiej)
3. **Tytuł naukowy**
4. **Zawód** (lekarz/ pielęgniarka / farmaceuta / inne).....
5. **Numer prawa wykonywania zawodu** (jeśli dotyczy podaj obowiązkowo).....
6. **Data i miejsce urodzenia**
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. Promocji Zdrowia Psychicznego |
| 5. Szczepień | 13. Fitoterapii |
| 6. Medycyny podróży | 14. Opieki Koordynowanej |
| 7. Medycyny stylu życia | 15. Wytucznych i Rekomendacji |
| 8. Pielęgniarstwa | 16. Elektrokardiografii (EKG) |

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

*) niepotrzebne skreślić

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

(Klauzula informacyjna)

1. Administrator danych osobowych.

Administratorem Twoich danych osobowych jest Stowarzyszenie Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław, KRS: 0000068080 (dalej jako „PTMR”). Możesz się z nami skontaktować w następujący sposób: listownie na adres: ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław, mailowo: ptmr@ptmr.info.pl lub telefonicznie: +48 (71) 326-68-70.

2. Cele i podstawy przetwarzania danych.

Przetwarzanie Twoich danych osobowych, odbywać się będzie wyłącznie w zakresie realizacji przez PTMR naszych celów statutowych a w tym:

- 1) prowadzenie bazy Członków PTMR [art. 6 ust. 1 lit. b) RODO];
- 2) informowanie o konferencjach i szkoleniach [art. 6 ust. 1 lit. b) RODO];
- 3) kontakt mailowy, pocztą tradycyjną lub telefonicznie [art. 6 ust. 1 lit. b) RODO];
- 4) w celach archiwalnych (dowodowych) dla zabezpieczenia informacji na wypadek prawnej potrzeby wykazania faktów co jest naszym prawnie uzasadnionym interesem [art. 6 ust. 1 lit. b) RODO];
- 5) dochodzenie roszczeń wynikających z realizacji stosunku członkostwa [art. 6 ust. 1 lit. f) RODO].

3. Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.

Nie przekazujemy Twoich danych poza teren Polski / UE / EOG.

4. Odbiorcy danych.

Twoje dane osobowe możemy udostępniać następującym kategoriom podmiotów:

- 1) pracownikom / współpracownikom obsługującym biuro Stowarzyszenia w tym stronę www oraz 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, księgowo, hostingowe, informatyczne, wydawnicze, dostarczające przesyłki kurierskie, pocztę.

5. Okres przechowywania danych.

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

6. Twoje prawa. Przysługuje Ci:

- 1) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- 2) prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych oraz ich uzupełnienia;
- 3) prawo do usunięcia danych (*jeżeli Twoim zdaniem nie ma podstaw do tego abyśmy przetwarzali Twoje dane, możesz żądać, abyśmy je usunęli*);
- 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych (*możesz żądać abyśmy ograniczyli przetwarzanie Twoich danych osobowych, wyłącznie do ich przechowywania lub wykonywania uzgodnionych działań, jeżeli Twoim zdaniem mamy nieprawidłowe dane na Twój temat lub przetwarzamy je bezpodstawnie, lub nie chcesz żebyśmy je usunęli, bo są potrzebne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, lub na czas wniesionego przez Ciebie 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 Ciebie danych jest dobrowolne, jest jednak warunkiem Twojego członkostwa w Stowarzyszeniu. W przypadku gdy (w związku z realizacją zadań statutowych PTMR) pojawi się konieczność uzyskania od Ciebie dodatkowych danych, zostaniesz o to poproszony w odrębnej korespondencji.

8. Przetwarzanie danych w sposób zautomatyzowany.

Twoje 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