



Deklaracja zgłoszenia członka

Imię i nazwisko	
Numer PWZF	
Adres zameldowania	
Adres korespondencyjny	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Aktualne miejsce pracy	
Data uzyskania specjalizacji	
Ukończona uczelnia oraz rok	
Ukończone kursy	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Specjalistów Fizjoterapii dla potrzeb niezbędnych do przystąpienia, jak i członkostwa w OSSF (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Data i podpis członka

Data przyjęcia