**Deklaracja przystąpienia do Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych**

**(proszę wypełnić drukowanymi literami )**

1. **Nazwisko i imiona**:………………………………………………………………………………..
2. **Data i miejsce urodzenia**:……………………………………………….……….……..………….
3. **Adres zamieszkania**:…………………………………………………………….…….…..………..

**Nr telefonu**……………………………………………………………………….………………..

**e-mail**…………………………………………………………………………………….………..

.

1. **Zawód/stanowisko**…………………………………………………………………….…….……...
2. **Miejsce pracy**……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………..

…………..…………………………………………………………………………………….….

Zobowiązuję się do regularnego uiszczania składek na rzecz Stowarzyszenia ustalonych przez Walne Zebranie Członków Stowarzyszenia

………………………….  
 czytelny podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i wizerunku przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatrycznych z siedzibą w Olsztynie

……………………………. ……………………………..  
 data, miejscowość czytelny podpis

**Zarząd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych postanawia:**

Uchwałą nr………………z dnia………………….….w sprawie przyjęcia ww. kandydata na członka

Stowarzyszenia………………………………………………………………………………………….

…………………………. …………………………  
 podpis Sekretarza PSPP podpis Prezesa PSPP