

**Sekcja lekarska Centrum Nauki o Laktacji**

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

**Imię i nazwisko:**......................................................................................................................................... **Adres zamieszkania:**.................................................................................................................................. **Telefon:**……………......................................**Aktualny adres e-mail:**............................................................. **Miejsce pracy:**.……………….……..……………………………………………..………………………………………………........……

**Oddział/Klinika:**.........................................................................................................................................

**Adres pracy:**..............................................................................................................................................

**Adres do korespondencji:** □ domowy □ praca

**Numer PWZ:**..............................................................................................................................................

**Data uzyskania dyplomu lekarskiego (rok):**.............................................................................................

**Specjalizacja:**................................................................ □ w trakcie □ rok ukończenia:.................

**Tytuły naukowe.**.......................................................................................................................................

Wypełnić, jeśli dotyczy:

**Numer certyfikatu IBCLC**………………..……………rok uzyskania tytułu IBCLC ……….……,ważny do……….…...

**Numer certyfikatu CDL**.....................................rok uzyskania tytułu CDL……………,ważny do…………….…..

Kopię lub scan w/w certyfikatu proszę załączyć do deklaracji.

**Wypełniając deklarację członkowską oświadczam, że:**

□ Zobowiązuję się do działania na rzecz realizowania celów i zadań Sekcji.

□ Zapoznałem/am się z obowiązkami członka Sekcji.

□ Zapoznałem/am się z Kodeksem Etycznym i Zawodowym CDL i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

□ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Sekcję w celach związanych z działalnością CNoL zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883). Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

Data i podpis kandydata: