NAUKOWE TOWARZYSTWO TOMISTYCZNE

UL. KLONOWA 2/2

05-806 KOMORÓW

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja, niżej podpisany . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . proszę o przyjęcie w poczet członków Naukowego Towarzystwa Tomistycznego z siedzibą w Komorowie (05-806). Oświadczam, że zapoznałem się z Statutem oraz znane są mi cele działania Towarzystwa. Jednocześnie zobowiązuję się do czynnego udziału w pracach Towarzystwa oraz uiszczania składek członkowskich.

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

Data i miejsce Podpis ( czytelnie imię i nazwisko)

Podaję dane osobowe

Imiona i nazwisko . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Data i miejsce urodzenia . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Miejsce stałego zameldowania . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres do korespondencji. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Wykształcenie (tytuły zawodowe i naukowe, specjalizacja) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Telefon . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres e-mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Z a ł ą c z n i k – zgoda na przetwarzanie danych osobowych