

**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 Ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych – RODO (art. 6 ust1 lit a). Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania \*

□ Zapoznałem/am się z Klauzula informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez Administratora \*

Data i podpis kandydata: