

Formularz zgody *

Zezwalam na umieszczenie na stronie Internetowej **Polskiego Towarzystwa Lekarskiego Medycyny Manualnej** moich danych osobowych, celem publicznego przetwarzania:

Tytuł i specjalizacja

Imię i nazwisko

Adres wykonywanej praktyki, dni i godziny przyjęć.....

.....

.....

.....

Telefon

e-mail

.....
pieczętka i podpis

*prosimy o wypełnienie pismem drukowanym i przesłanie na adres Towarzystwa pocztą lub e-mail w formie skanu lub zdjęcia w formacie JPEG