POLSKIE TOWARZYSTWO ZOOTECHNICZNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_im. Michała Oczapowskiego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 02-316 Warszawa, ul. Kaliska 9, tel./fax 822-17-23  
email: ptz@ptz.icm.edu.pl

Nazwisko i imię…………………………………………………..

D E K L A R A C J A

***Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Zootechnicznego***

.……...…………….……… dnia …….……………… ………………….. /podpis/

Członkowie wprowadzający:

1. ……………………………………………… ……………. /podpis/
2. ……………………………………………… ……………. /podpis/

**Przewodniczący koła**

…………………. /podpis/

Uchwałą Zarządu/Prezydium/ z dnia ……………………………………….

przyjęto w poczet członków PTZ

**Prezes PTZ**

…………………. /podpis/

POLSKIE TOWARZYSTWO ZOOTECHNICZNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_im. Michała Oczapowskiego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 02-316 Warszawa, ul. Kaliska 9, tel./fax 822-17-23  
email: ptz@ptz.icm.edu.pl

Nazwisko i imię…………………………………………………..

D E K L A R A C J A

***Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Zootechnicznego***

.……...…………….……… dnia …….……………… ………………….. /podpis/

Członkowie wprowadzający:

1. ……………………………………………… ……………. /podpis/
2. ……………………………………………… ……………. /podpis/

**Przewodniczący koła**

…………………. /podpis/

Uchwałą Zarządu/Prezydium/ z dnia ……………………………………….

przyjęto w poczet członków PTZ

**Prezes PTZ**

…………………. /podpis/

DANE OSOBOWE

Rok ukończenia studiów i nazwa Uczelni ………………………………………….

Adres domowy ……………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………

Telefon domowy ........................................................................................................

Miejsce pracy .............................................................................................................

Adres pracy …………………………………………………………………………

Stanowisko ................................................................................................................

Telefon służbowy .......................................................................................................

Stopień naukowy i data uzyskania .............................................................................

Tytuł naukowy i data uzyskania ................................................................................

Sekcja specjalistyczna ................................................................................................

Adres mailowy…………………………………………………………………………………………..

□ - wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych na potrzeby PTZ w celu zawiadamiania mnie o działalności Koła.

DANE OSOBOWE

Rok ukończenia studiów i nazwa Uczelni ………………………………………….

Adres domowy ……………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………

Telefon domowy ........................................................................................................

Miejsce pracy .............................................................................................................

Adres pracy …………………………………………………………………………

Stanowisko ................................................................................................................

Telefon służbowy .......................................................................................................

Stopień naukowy i data uzyskania .............................................................................

Tytuł naukowy i data uzyskania ................................................................................

Sekcja specjalistyczna ................................................................................................

Adres mailowy…………………………………………………………………………………………..

□ - wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych na potrzeby PTZ w celu zawiadamiania mnie o działalności Koła.