

Imię i nazwisko

Adres do korespondencji

Specjalizacja

Nr telefonu **e-mail**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla realizacji celów statutowych Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi oraz przekazywanie ich podmiotom z Towarzystwem współpracujących, w szczególności wydawnictwom, wydającym periodyki naukowe, w tym również Elsevier Urban @ Partner Sp. z o.o.. Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych osobom trzecim w celach marketingowych, związanych z działalnością PTORL oraz przekazywania informacji, dotyczących sympozjów, zebrań, konferencji i zjazdów naukowych i szkoleniowych, a także przekazywania informacji o prenumeracie czasopism naukowych. Oświadczam, że dane osobowe zostały podane przeze mnie dobrowolnie, zostałem/łam poinformowany/a o prawie wglądu do treści swoich danych oraz prawie ich poprawiania.

Data

Podpis