

**Deklaracja członkowska członka zwyczajnego - lekarza**

Jako członek Polskiego Towarzystwa Zdrowia Prokreacyjnego i Leczenia Niepłodności (zwanego dalej w skrócie Towarzystwem) zobowiązuję się do przestrzegania Statutu, uchwał i regulaminów Polskiego Towarzystwa Zdrowia Prokreacyjnego i Leczenia Niepłodności a w szczególności do:

- przestrzegania zasad etyki i deontologii lekarskiej,
- wspierania rozwoju, promowania wiedzy na temat zdrowia prokreacyjnego, metod rozpoznawania płodności oraz umacniania i godnego reprezentowania środowiska Towarzystwa,
- szacunku do życia ludzkiego od momentu poczęcia do naturalnej śmierci oraz troski o płodność,
- uczestnictwa w konferencjach, zebraniach i zjazdach Towarzystwa,
- ciągłego doskonalenia zawodowego,
- współdziałania w integracji działalności naukowej, szkoleniowej i leczniczej lekarzy specjalności wchodzących w skład zdrowia prokreacyjnego oraz osób niebędących lekarzami działających w dziedzinie leczenia niepłodności lub zdrowia prokreacyjnego,
- współpracy z nauczycielem lub instruktorem metod rozpoznawania płodności (MRP) zgodnie z zaleceniami standaryzacji zatwierdzonymi przez Towarzystwo,
- promowania czasopism naukowych proponowanych przez Towarzystwo,
- regularnego opłacania składek członkowskich.

Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Rok i miasto ukończenia studiów lekarskich \_\_\_\_\_

Tytuł i stopień naukowy \_\_\_\_\_

Specjalizacja \_\_\_\_\_

Umiejętność \_\_\_\_\_

Nr prawa wykonywania zawodu \_\_\_\_\_

Miejsce pracy (adres, nr telefonu, e-mail) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_

Nr telefonu \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Podpis i pieczęć \_\_\_\_\_

Członek wprowadzający

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Podpis członka wprowadzającego \_\_\_\_\_

## **Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych.**

Spełniająca wymogi przewidziane w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/EW (RODO).

Informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Zdrowia Prokreacyjnego i Leczenia Niepłodności z siedzibą w Warszawie, ul. Wąwozowa 30/39 zwane dalej Administratorem;
2. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pana/Pani danych osobowych takich jak:
  - Imię i nazwisko
  - dane teleadresowe miejsca pracy (adres, numer telefonu, adres e-mail)
  - dane teleadresowe osobowe (adres, numer telefonu, adres e-mail)
  - Wykształcenie, tytuł naukowy/stopień naukowy, specjalizacja
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań statutowych Administratora.
4. Podstawą przetwarzania Pana/Pani danych osobowych jest Deklaracja Członkowska
5. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji zadań objętych dokumentami wymienionymi w pkt 3, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zrealizowanie celu określonego wyżej.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:
  - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii (art. 15 RODO)
  - ich sprostowania, gdy są one nieprawidłowe (art. 16 RODO)
  - ich usunięcia tj. "prawo do bycia zapomnianym" (art. 17 RODO). Prawo to jednak nie ma zastosowania w zakresie, w jakim przetwarzanie jest niezbędne między innymi do wywiązania się z prawnego obowiązku, jakiemu podlega Administrator lub do ustalenia, dochodzenia i obrony roszczeń.
  - Ograniczenia przetwarzania danych osobowych (art. 18 RODO),
  - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych uzyskanych na podstawie udzielonej zgody (art. 21 RODO),
  - przenoszenia danych (art. 20 RODO)
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych, jeżeli uważa Pani/Pan, że przetwarzanie danych narusza przepisy prawa (art. 13 ust. 2 lit D RODO)
  - Cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych (art. 13 ust. 2 lit C RODO)/ W każdej chwili ma Pani/Pan prawo cofnąć zgodę na przetwarzanie danych osobowych, które przetwarzamy na podstawie zgody. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej wycofaniem.
7. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania członkostwa w Polskim Towarzystwie Zdrowia Prokreacyjnego i Leczenia Niepłodności.

## Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych wyczerpującej dyspozycji RODO

Ja, niżej podpisany \_\_\_\_\_

Zamieszkały \_\_\_\_\_

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora danych Polskie Towarzystwo Zdrowia Prokreacyjnego i Leczenia Niepłodności z siedzibą w Warszawie, ul. Wąwozowa 30/39 w celu realizacji zadań związanych ze złożoną Deklaracją Członkowską
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i poświadczam, że są one zgodne z prawdą *oraz zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia Zarządu PTZPiLN o wszelkich zmianach danych zawartych w mojej deklaracji członkowskiej.*
3. **Wyrażam/nie wyrażam zgody** na umieszczenie na stronie internetowej PTZPiLN moich danych osobowych, obejmujących w szczególności: nazwisko, imię, stopień/tytuł naukowy, specjalizację, miejsce pracy, rok wstąpienia do PTZPiLN oraz informację o posiadaniu certyfikatu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego, z zachowaniem prawa do niezwłocznego usunięcia tych danych na moje żądanie zgłoszone w formie pisemnej pod adresem Towarzystwa.
4. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, obejmujących w szczególności: nazwisko, imię, stopień/tytuł naukowy, specjalizację, miejsce pracy, rok wstąpienia do PTZPiLN oraz informację o posiadaniu certyfikatu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego nauczycielom/instruktorom metod rozpoznawania płodności celem podjęcia ewentualnej współpracy.
5. Wyrażam zgodę na przysyłanie informacji związanych z działaniem Towarzystwa
6. Zapoznał(am/em) się z treścią klauzuli informacyjnej w tym informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Miejscowość, data \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

### WYPEŁNIA ZARZĄD

Dr \_\_\_\_\_ został/a przyjęty/a

jako członek zwyczajny Polskiego Towarzystwa Zdrowia Prokreacyjnego i Leczenia Niepłodności

Miejscowość i data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis członka zarządu \_\_\_\_\_ podpis \_\_\_\_\_

Miejscowość i data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis członka zarządu \_\_\_\_\_ podpis \_\_\_\_\_