DEKLARACJA

1. Imię i nazwisko
2. Tytuł, stopień naukowy
3. Data i miejsce urodzenia obywatelstwo
4. Wykształcenie (uczelnie /rok uzyskania)

mgr

dr

dr hab.

prof. .

1. Znajomość języków obcych

biegła

słaba

1. Miejsce pracy (instytucja, adres)

1. Adres zamieszkania
2. Kontakt:

e-mail

telefon

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Lubuskiego Towarzystwa Naukowego w Zielonej Górze. Oświadczam jednocześnie, że znany mi jest Statut Towarzystwa (www.ltn.uz.zgora.pl) i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych przez Lubuskie Towarzystwo Naukowe dla celów kontaktowych i przesyłania informacji o działalności Towarzystwa.

 *Miejscowość i data* *Podpis*

OPŁACONE SKŁADKI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| rok  | rok  | rok  | rok  | rok  | rok  |
| zł  | zł  | zł  | zł  | zł  | zł  |
| rok  | rok  | rok  | rok  | rok  | rok  |
| zł  | zł  | zł  | zł  | zł  | zł  |

Roczna składka członkowska wynosi 90 zł.

Płatność należy regulować przelewem na konto:

Santander Bank Polska S.A. 56 1090 1535 0000 0000 5301 9124