

POLSKIE TOWARZYSTWO FLEBOLOGICZNE
POLISH PHLEBOLOGICAL SOCIETY

Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
Szpital Bielański,
Ul. Ceglowska 80, 01- 809 Warszawa
Tel./fax : 22 5690285

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Proszę o przyjęcie mnie do Polskiego Towarzystwa Flebologicznego. Z chwilą otrzymania członkostwa zobowiązuję się do przestrzegania postanowień statutowych PTF.

Imię i nazwisko.....

Miejsce urodzenia.....Data urodzenia.....

Adres prywatny.

.....

.....

Miejsce pracy.

.....

.....

Adres e-mail.....

Adres do korespondencji: adres prywatny miejsce pracy

KRÓTKI PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ

Dyplom lekarza.....

Rok, nazwa uczelni

Dyplom.....

Rok, nazwa uczelni

Specjalizacja.....

Zakres, lata

.....

Zakres, lata

.....

Zakres, lata

Doktorat.....
Dziedzina

.....
Rok, nazwa uczelni

Habilitacja.....
Dziedzina

.....
Rok, nazwa uczelni

Tytuł profesora: nadzwyczajny..... Zwyczajny.....

Stanowisko zajmowane obecnie.....

Funkcje aktualnie pełnione.....

.....
Czy wyrażasz zgodę, aby Twoje imię, nazwisko, adres i miejsce korespondencji znalazły się na liście członków Polskiego Towarzystwa Flebologicznego ?

Tak

Nie

.....
Data, podpis i pieczęć

CZŁONKOWIE WPROWADZAJĄCY

1.

2.

.....
Data, podpis i pieczęć

.....
Data, podpis i pieczęć

Decyzją Zarządu Głównego..... Przyjęto na członka.....

.....zwyčajnego Polskiego Towarzystwa Flebologicznego z

dniem roku.

1.

2.

.....
Data, podpis i pieczęć członka Zarządu Głównego

.....
Data, podpis i pieczęć członka Zarządu Głównego