



Oddział .....

---

## **DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia .....

Obywatelstwo .....

Narodowość .....

Nazwa i data ukończenia studiów / uzyskania dyplomu lekarskiego .....

Posiadana specjalizacja ..... data uzyskania .....

..... data uzyskania .....

Miejsce pracy .....

Stanowisko .....

Miejsce zamieszkania

Miasto ..... kod .....

ulica ..... tel./fax ....., e-mail: .....

Imiona i nazwiska oraz podpisy członków wprowadzających: .....

podpis

1. ....

2. ....

Decyzja Zarządu PTMS: