



WNIOSEK O WYDANIE CERTYFIKATU
POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY SPORTOWEJ

(Zaopiniowane i spełniające kryteria wnioski konsultanci wojewódzcy przekazują do siedziby Zarządu PTMS)

Imię i nazwisko

Tytuł naukowy

Specjalizacja

Miejsce pracy

Siedziba i miejsce udzielania porady w medycynie sportowej
(Gabinet, SPZOZ, NZOZ)

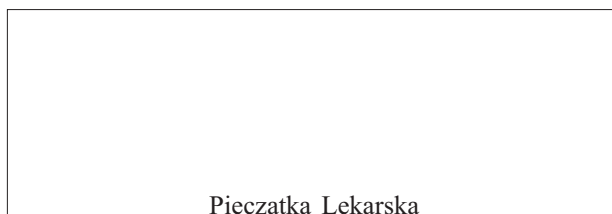
Adres do korespondencji
(kod. miejscowość, ulica, województwo)

Tel. Fax e-mail

Oświadczam, że:

- I Odyłem wymagany cykl szkoleń ABC medycyny sportowej i posiadam stosowne zaświadczenia ukończenia następujących kursów (kserokopie w załączeniu):
1. regionalny kursu podstawowy w ABC medycyny sportowej (data, miejscowość)
oraz 3 krajowych specjalistycznych szkoleń dotyczących:
 2. problemów internistyczno-kardiologicznych, (data, miejscowość)
 3. problematyki sportowych uszkodzeń narządu ruchu, (data, miejscowość)
 4. wspomagania zdolności wysiłkowych organizmu (doping), (data, miejscowość)
- II Zdałem pozytywnie test w zakresie ABC Medycyny Sportowej (ilość pkt....., data, miejscowość)
- III Jestem członkiem PTMS (podać od kiedy) i opłaciłem wymagane składki członkowskie (kserokopie w załączeniu).
- IV Prowadzę działalność lekarską w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej zarejestrowanej w OIL, grupowej praktyki lekarskiej, jestem zatrudniony w SPZOZ albo NZOZ o profilu medycyny sportowej. (właściwe pozostawić, pozostałe skreślić). W załączeniu przedstawiam kserokopie: dyplomu lekarza, nowego prawa wykonywania zawodu (strona z nazwiskiem oraz wpisaną specjalizacją) oraz zezwolenia na prowadzenie działalności lub o zatrudnieniu.
- V Odyłem rozmowę kwalifikacyjną z konsultantem wojewódzkim, o wyniku której opinię wyraził poniżej konsultant
- VI W przypadku uzyskania certyfikatu zobowiązuję się do stosowania odpowiednich rozporządzeń oraz zobowiązuję się do regularnego składania sprawozdań z bieżącej działalności (miejsce udzielania porad, miejsce przechowywania kartoteki pacjentów, liczba pacjentów, liczba udzielonych świadczeń, liczba orzeczeń o zdolności, liczba orzeczeń o niezdolności) i zgadzam się na kontrolę merytoryczną działalności ze strony specjalisty Wojewódzkiego lub upoważnionego członka Zarządu PTMS.

Data:



Pieczęćka Lekarska
(ze specjalizacją i nowym nr prawa wykonywania zawodu)

Opinia konsultanta wojewódzkiego:

Empty box for the opinion of the provincial consultant.

.....
Podpis

.....
Podpis konsultanta