



**WNIOSEK O WYDANIE CERTYFIKATU**  
**POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY SPORTOWEJ**  
**uprawnającego do orzecznictwa sportowo-lekarskiego na poziomie zaawansowanym**

(zaopiniowany i spełniający kryteria wniosek przekazać do siedziby Biura Certyfikatów PTMS w Krakowie)

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 Odbylem wymagany cykl szkoleń i posiadam stosowne zaświadczenia ukończenia następujących kursów (kserokopie w załączeniu):
1. postępy w medycynie sportowej (data, miejscowość .....
  2. fizjologiczne podstawy treningu sportowego z elementami teorii sportu oraz psychologii sportu, (data, miejscowość .....
- II Zdałem pozytywnie test w zakresie poziomu zaawansowanego (ilość punktów ....., data, miejscowość .....
- III Posiadam ważny certyfikat numer ....., wydany dnia ..... uprawniający do orzecznictwa sportowo-lekarskiego na poziomie podstawowym i uzyskałem jego przedłużenie na okres .....
- IV Jestem członkiem PTMS (podać od kiedy) i opłaciłem wymagane składki członkowskie (kserokopie w załączeniu).
- V Aktualnie 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) oraz posiadam stosowne zezwolenia na prowadzenie działalności lub umowę o zatrudnieniu.
- 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.

**Opinia konsultanta wojewódzkiego:**

Pieczętka Lekarska

(ze specjalizacją i nowym nr prawa wykonywania zawodu)

Pieczętka

(upoważniająca do orzekania z numerem certyfikatu)

.....  
Podpis konsultanta wojewódzkiego

.....  
data

.....  
Podpis wnioskodawcy