

**Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego PTPA
Deklaracja Członkowska**

Proszę o włączenie mnie w poczet członków PTPA

Imiona:									
Nazwisko:									
Data urodzenia:									
Miejsce urodzenia:									
Typ ukończonej szkoły				Rok ukończenia		Uzyskany tytuł			
Liceum medyczne									
Studium medyczne									
Szkoła wyższa									
Typ szkoły wyższej									
Kursy kwalifikacyjne						Uzyskany tytuł			
.....									
Specjalizacje									
Zawód									
Inne:									

Praca zawodowa:

Nazwa i adres zakładu pracy	Klinika/Oddział, POZ, inne	Stanowisko	Data zatrudnienia	

Pełnione funkcje

Adres do korespondencji

Ulica									
Numer domu					Numer mieszkania:				
Miejscowość									
Kod									
Poczta									
Telefon									
e-mail									

Powyższe dane podlegają Ustawie *O ochronie danych osobowych*

Oświadczam, że będę czynnie uczestniczyć w pracach PTPA, przestrzegać Statutu, uchwał Zjazdów. Zobowiązuję się do opłacania rocznych składek członkowskich w wysokości 50 złotych na konto:

PKO BP S.A. Oddz. 2 Bydgoszcz, Medyk Partner 35 1020 1475 0000 8502 0107 7692

Data.....

Podpis

Deklarację proszę przelać na adres: Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego

Klinika Chirurgii Ogólnej
ul. Ujejskiego 75
85-168 Bydgoszcz