POLSKIE TOWARZYSTWO MEDYCYNY SPORTOWEJ

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:

Zarząd Główny: 00-968 Warszawa 45, skr. poczt. 55, ul. Marymoncka 34
tel. (0-22) 834 40 01, e-mail: ptms@ptms.org.pl
Konto bankowe: Bank Zachodni WBK S.A. XIV Oddział w Warszawie, **Nr 30 10901014 0000 000101513385**