



Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej

Deklaracja członkowska nr:

1. Nazwisko i imię:
2. Tytuł naukowy
3. Data i miejsce urodzenia
4. Zawód
5. Specjalizacja
6. Adres zamieszkania
7. Telefon kontaktowy
8. E-mail

Proszę o przyjęcie mnie na członka zwyczajnego* wspierającego* Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Jednocześnie oświadczam, że znany jest mi Statut Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej i zobowiązuję się do jego przestrzegania, a w szczególności do:

- czynnego udziału w działalności Towarzystwa,
- przestrzegania uchwał i postanowień władz Towarzystwa,
- regularnego opłacania składek członkowskich.

<input type="text"/>	dnia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
mięscowosc		data	podpis

*niepotrzebne skreślić

UWAGA:

Deklarację należy wydrukować, wypełnić, podpisać i przesłać na adres sekretarza Zarządu PTMP

Członkowie wprowadzający:

Popieram wstąpienie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.

1. <input type="text"/>	dnia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	dnia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko i imię członka zwyczajnego PTMP		data	podpis

Deklaracja wpłynęła dnia:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
data	uwagi

DECYZJE ZARZĄDU GŁÓWNEGO PTMP

O przyjęciu w poczet członków Towarzystwa:

Uchwałą nr z dnia

Nr uchwały Zarządu

data uchwały

Zarząd postanowił przyjąć
w poczet członków
zwyczajnych* wspierających* PTMP.

<input type="text"/>
sekretarz

<input type="text"/>
prezes

O skreśleniu z listy członków Towarzystwa

Uchwałą nr z dnia

Nr uchwały Zarządu

data uchwały

przyczyna skreślenia

<input type="text"/>
sekretarz

<input type="text"/>
prezes

Adres do korespondencji:

Sekretarz Zarządu PTMP dr n. med. Jadwiga Pyszkowska,
Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej SUM
40-752 Katowice, ul. Medyków 12

tel: 32-2088 722; e-mail: pyszkat@pro.onet.pl