



# 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.

miejsceowość

dnia

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.
2.

Nazwisko i imię członka  
zwyczajnego PTMP

dnia


data


podpis

Deklaracja wpłynęła dnia:

data

uwagi

## DECYZJE ZARZĄDU GŁÓWNEGO PTMP

### O przyjęciu w poczet członków Towarzystwa:

Uchwałą nr

Nr uchwały Zarządu

z dnia

data uchwały

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

sekretarz

prezes

### O skreśleniu z listy członków Towarzystwa

Uchwałą nr

Nr uchwały Zarządu

z dnia

data uchwały

przyczyna skreślenia

sekretarz

prezes

Adres PTMT do korespondencji:

Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej ŚUM  
40-752 Katowice, ul. Medyków 12

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