

ZARZĄD ODDZIAŁU

WSSP ZOZ Oddział Rehabilitacji, 59-900 Zgorzelec ul. Konarskiego 5b, tel. +48 75 77 558 941
NR KONTA : PKO BP SA oddz. Zgorzelec 30 1020 2137 0000 9802 0049 9400

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków (zwyczajnych, nadzwyczajnych,
oczekujących*) Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii w **Oddziale**

(Nazwa Oddziału)

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania, kod pocztowy:

miejsowość

ul. tel. dom./kom./.....

E-mail:

Miejsce pracy, adres, telefon

.....

.....

Stanowisko:

Nazwa oraz data ukończenia studiów, nr dyplomu, numer Prawa Wykonywania Zawodu:.....

.....

.....

.....

Data uzyskania specjalizacji, stopień I, II:

Tytuł naukowy – data uzyskania:

Znajomość języka obcego (bierna, czynna):.....

Ukończone kursy licencjonowane (rodzaj kursu, data):

.....

.....

.....

Inne ukończone kursy:

.....

.....

Czytelny podpis

W załączeniu kserokopia dyplomu uprawniającego do tytułu fizjoterapeuty

- niepotrzebne skreślić

Zobowiązuję się do przestrzegania Statutu Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. 133 poz. 883 z późn. Zmianami) w celach naukowych i statutowych PTF oraz umieszczenia ich w bazie danych ZG PTF. Mam prawo wglądu do zamieszczonych danych oraz ich poprawiania.