



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

IMIĘ I NAZWISKO:	
TYTUŁ NAUKOWY:	
DATA URODZENIA:	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (KOD I TEL.):	
WYKSZTAŁCENIE (UCZELNIA, WYDZIAŁ, ROK UKOŃCZENIA):	
TYTUŁ ZAWODOWY (SPECJALIZACJE, ROK UZYSKANIA):	
MIEJSCE PRACY:	
ZAANGAŻOWANIE ZAWODOWE I DOKSZTAŁCANIE W MEDYCYNIE RATUNKOWEJ:	
ZAANGAŻOWANIE DYDAKTYCZNE I NAUKOWE W MEDYCYNIE RATUNKOWEJ:	

.....
Data:

.....
Podpis:

Siedziba Towarzystwa:

Podlaski Oddział Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w Białymstoku.
15-274 Białystok, ul. Waszyngtona 15A
Tel. 085-745-08-05, tel/fax 085-745-08-04,
e-mail: medrat@amb.edu.pl

Konto Towarzystwa:
91 15001344 1213400601990