



Polskie Towarzystwo Medycyny Nuklearnej
00-097 Warszawa ul. Banacha 1a
Tel. +48 22 599 22 70, E-mail: biuro@ptmn.pl, Regon: 010139693
Konto: PKO BP.SA XV O/Warszawa nr: 71102011560000720200075564

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA NR..... ROK.....

Upzejmie proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej.
Obowiązki i prawa członka są mi znane i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Profesor Doktor hab. Doktor Lekarz Magister Magister inż. Licencjat Inny

Imię i Nazwisko:	
Wykonywany zawód:	
Stanowisko w zakładzie:	
Zakład pracy:	
Jednostka organizacyjna:	
Miasto:	Kod pocztowy:
Ulica, numer:	Tel. służbowy:
Telefon komórkowy:	Telefon prywatny:
Email prywatny:	
Pola szare-Wymagane bezwzględnie. Brak podania wymaganych danych powoduje nie rozpatrywanie deklaracji. Pola żółte (kontakt indywidualny)- Wymagane przynajmniej jedno (preferowany email).	

Adres do korespondencji * (tylko jeśli inny niż służbowy):

Ulica:	
Miasto:	Kod pocztowy:

Równocześnie proszę o przyjęcie mnie do Sekcji PTMN * (właściwie zaznaczyć-nieobowiązkowe):

Fizyków Radiofarmacji Techników i Pielęgniarek

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych jedynie do celów statutowych PTMN.

.....(podpis kandydata)

Członek wprowadzający:

Imię i Nazwisko:

.....(podpis osoby polecającej)

Decyzja Zarządu PTMN odnośnie przyjęcia kandydata:

Zarząd Główny w dniu.....postanowił.....

.....(Przewodniczący).....(Sekretarz).....(Skarbnik)