**POLSKIE TOWARZYSTWO CHIRURGII KRĘGOSŁUPA**
*Deklaracja członkowska*

**Imię i nazwisko**: ………………………………………………………………………………………………………….……..…
 **Tytuł naukowy:** ……………………………………………………… **Specjalizacja:** ……………………….………………
 **Adres zamieszkania:**
………………………………………… ………………………………………………… ………………………………………
 (ul.) (miejscowość) (kod pocztowy)

**Adres do korespondencji:**
………………………………………… ………………………………………………… ………………………………………
 (ul.) (miejscowość) (kod pocztowy)

 **Adres e-mail**: ……………………………………………………………..**Telefon**: ………………………………………….......

**Miejsce pracy** (pełna nazwa i adres):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………… ………………………………………………… …………………………………..……
 (ul.) (miejscowość) (kod pocztowy)

***Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa.***

………………………………, dn. ……………… …………………………………………..
 (miejscowość) (data) (podpis)

*Członkowie wprowadzający:*

1. ……………………………………………. 2. …………………………………………..
 (imię i nazwisko) (imię i nazwisko)

…………………………………………… …………………………………………...
 (data i podpis) (data i podpis)