**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)