



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)