Załącznik nr 1/ strona 1

Wniosek o przyznanie certyfikatu Polskiego Towarzystwa Flebologicznego

Imię Nazwisko ……

Adres ……

……

Data ……..

Polskie Towarzystwo Flebologiczne
ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice

Zwracam się z prośbą o rozpatrzenie wniosku o przyznanie certyfikatu Polskiego Towarzystwa Flebologicznego. Jednocześnie oświadczam, że dane osobowe, jak również informacje ujęte w dokumentach wymaganych i załączonych do wniosku obecnej aplikacji są prawdziwe, co poświadczam własnoręcznym podpisem

Podpis – Imię, Nazwisko Lekarza aplikującego o Certyfikat PTF

Załącznik nr 1/Strona 2.

Dane Osobowe:

Imię i Nazwisko……..

Data urodzenia ……

Numer Prawa Wykonywania Zawodu ……

Adres Zamieszkania ……

……

Adres do korespondencji – jeśli inny niż zamieszkania

……

……...

Telefon ……..

e-mail …….

Nazwa firmy ……..

Adres Służbowy …….…….