



Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego,
ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice, wkuczmi@interia.pl, kosteckj@op.pl
numer konta: 04 1750 1077 0000 0000 0110 4209 Raiffeisen Bank

Deklaracja członkowska

Imię i nazwisko

Adres do korespondencji

.....

Kraj

Telefon Fax

e-mail.....

Miejsce urodzenia Data urodzenia

Akademia Medyczna (miejsce studiów)

.....

Data (rok) uzyskania dyplomu

Stopień naukowy

Specjalizacja

Stanowisko i miejsce pracy

.....

Deklarowana kategoria członkowska (zaznacz kółkiem właściwą pozycję):

1. Członkostwo pełne – przewidziane dla specjalistów chirurgów uprawiających chirurgię naczyniową;
2. Członkostwo pełne dla seniorów – przewidziane dla chirurgów naczyniowych po 65 roku życia;
3. Członkostwo niepełne (członek junior) – przewidziane dla młodych lekarzy (maksymalnie do 40 lat) w trakcie szkolenia w zakresie chirurgii naczyniowej;
4. Członkostwo stowarzyszone – dla lekarzy innych specjalności, których zainteresowania lub działalność są związane z chirurgią naczyniową;
5. Członkostwo korespondencyjne – dla lekarzy zamieszkałych poza terenem Polski, zainteresowanych udziałem w pracach Towarzystwa.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się z treścią statutu i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Składka pełna (członkostwo pełne) wynosi 50 zł + jednorazowa opłata aplikacyjna 25 zł.

Data

Podpis

Podpisy członków wprowadzających: 1. 2.

Decyzja Zarządu z dnia: