



POLSKIE TOWARZYSTWO  
SYMULACJI MEDYCZNEJ

<http://ptsm.com.pl/>

# Deklaracja członkowska

## Polskie Towarzystwo Symulacji Medycznej

Nazwisko i imię.....  
(wypełnić pismem drukowanym)

Zawód, specjalizacja.....

.....

Numer telefonu.....

Adres zamieszkania.....

Adres e-mail.....

Kierunek, miejsce i rok uzyskania dyplomu lub ukończenia studiów wyższych.....

.....

Tytuł naukowy.....

Aktualne miejsce pracy (nazwa i miasto):

Podstawowe.....

Dodatkowe.....

---

### DEKLARACJA

Na podst. art. 23 ust. 1 pkt 5 i ust. 4 pkt 1 Ustawy o ochronie danych osobowych zgadzam się na przechowywanie moich danych osobowych w zbiorze PTSM.

Zwyczajowa składka członkowska wynosi 100 PLN/ rocznie.

Zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Statutu PTSM.

.....  
(miejscowość)

.....  
(data)

.....  
(podpis)

---

Zarejestruj swoje CSM na Mapie Ośrodków Symulacji Medycznej w Polsce na stronie PTSM:

- Miejsce – adres CSM
- Uczelnia
- Dla jakich kierunków
- E-mail
- Telefon
- Strona www