



CENTRUM MEDYCZNE  
KSZTAŁCENIA  
PODYPLOMOWEGO

**Deklaracja członkowska**  
**Federacji Polskich Towarzystw Medycznych**  
(wypełnić pismem drukowanym)

**Pełna nazwa stowarzyszenia:**.....

.....

**Adres siedziby:**.....

.....

**Adres korespondencyjny oraz telefon kontaktowy**

.....

.....

**Adres e-mail:**.....

**KRS:**.....

**NIP:**.....

**REGON:**.....

**Dane osoby upoważnionej do reprezentowania stowarzyszenia  
w Federacji Polskich Towarzystw Medycznych:**

**Imię i nazwisko (stopień, tytuł naukowy)**

.....

**adres e-mail**.....

**tel. kontaktowy**.....

## Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się ze Statutem Federacji Polskich Towarzystw Medycznych i będę stosować się do jego postanowień.

Oświadczam, że jestem upoważniony do złożenia deklaracji członkowskiej przystąpienia do Federacji Polskich Towarzystw Medycznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z działalnością Federacji Polskich Towarzystw Medycznych.

Przyjmuję do wiadomości, że zwyczajowa składka członkowska wynosi 250 PLN/ rocznie i jest wpłacana na rachunek bankowy numer 69 1240 1037 1111 0010 1881 3624.

Rokiem rachunkowym i sprawozdawczym jest rok kalendarzowy.

Zobowiązuję się do uregulowania przez stowarzyszenie składki ze pierwszy rok z góry po przyjęciu w poczet członków Federacji Polskich Towarzystw Medycznych.

.....  
(miejsowość)

(data)

(podpis)

Rekomendacje:.....  
.....  
.....

Decyzja Zarządu Głównego Towarzystwa:.....  
.....  
.....