

**DEKLARACJA CZŁONKA
POLSKIEGO TOWRZYSTWA ZDROWIA PUBLICZNEGO**

Niniejszym deklaruje wstąpienie do Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego:

1. Nazwisko i imię.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Zawód.....
4. Rodzaj ukończonych studiów.....
5. Rok uzyskania dyplomu.....
6. Stopień naukowy.....
7. Specjalizacja z zakresu-stopień.....
.....
.....
8. Miejsce pracy, adres, tel., fax.....
.....
.....
9. Zajmowane stanowisko.....
10. Dokładny adres zamieszkania i adres do korespondencji.....
.....
.....

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1. Będę ściśle przestrzegał(a) Statutu, Uchwał Walnego Zgromadzenia, zarządzeń i postanowień władz Towarzystwa oraz przyczyniał(a) się do realizacji jego celów.**
- 2. Zobowiązuję się do terminowego opłacania składek Członkowskich.**
- 3. Zobowiązuję się zawiadamiać odpowiednie władze Towarzystwa o każdej zmianie dotyczącej stopnia naukowego, specjalizacji i zmiany miejsca zamieszkania.**

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis