

POLSKIE TOWARZYSTWO NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO

Deklaracja członkowska

Nazwisko i imię

Stopień naukowy/Tytuł naukowy.....

Numer PWZ (*w przypadku lekarzy*).....

Zawód

Stopień naukowy/Tytuł naukowy.....

Posiadane specjalizacje

.....

Miejsce pracy

Nazwa instytucji.....

.....

Ulica/Nr

Miejscowość

Województwo

Kod pocztowy

Telefon (*z nr kierunkowym*).....

Adres do korespondencji

Ulica/Nr

Miejscowość

Kod pocztowy

Województwo

E-mail (*obowiązkowo*).....

