

.....
(Imię i nazwisko)

DEKLARACJA

Deklaruję chęć przystąpienia do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego od dnia

.....
Zobowiązuję się czynnie uczestniczyć w pracach na rzecz Towarzystwa i środowiska pielęgniarskiego, opłacać składki członkowskie oraz wypełniać inne zadania zgodnie ze Statutem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

.....
Decyzja Z data czytelny podpis osoby składającej deklarację

Decyzja Zarządu Koła:

przyjęto nie przyjęto*

podpis przewodniczącej Zarządu Koła

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie

Zarząd Oddziału w

Karta Ewidencyjna Członka

Koło (nazwa)

1. Nazwisko..... Imię

.....
2. Data urodzenia.....

3. Adres

zamieszkania.....

4. Adres email Tel.

.....
5. Wykształcenie ogólne: średnie* wyższe zawodowe* wyższe mgr*

6. Tytuł zawodowy: pielęgniarka/położna pielęgniarka/ położna specjalistka licencjat pielęgniarstwa/położnictwa magister pielęgniarstwa/ położnictwa *

Inny

7. Posiadane kwalifikacje (specjalizacje, kursy kwalifikacyjne)

.....
.....
8. Znajomość języków

obcych.....

9. Nazwa i adres zakładu

pracy.....

.....
10. Data rozpoczęcia pracy

zawodowej.....

11.

Uwagi.....

.....
.....
* właściwe zakreślić

.....
data czytelny podpis osoby składającej deklarację