

.....  
(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