



Deklaracja Członkowska Polskiego Towarzystwa Seksuologii Medycznej

Ja,.....

Imię i nazwisko

proszę o przyjęcie mnie w poczet członków PTSM.

Oświadczam, że w mojej praktyce zawodowej zajmuję się leczeniem
Pacjentów z zaburzeniami seksualnymi.

Zobowiązuję się do dokładnego zapoznania się ze statutem PTSM
i przestrzegania wszystkich jego punktów.

.....

data

.....

podpis

Członkowie wprowadzający:

1.

imię i nazwisko

.....

podpis

2.

imię i nazwisko

.....

podpis

Kwestionariusz osobowy

/ proszę wypełniać czytelnie - drukiem /

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Telefon stacjonarny	
Telefon komórkowy	
Adres e-mailowy	
Specjalizacja (lub specjalizacje) Rok uzyskania specjalizacji	
Podstawowe miejsce pracy	
Miejsce wykonywania praktyki z zakresu medycyny seksualnej	
Ogólny staż pracy / Staż pracy w zakresie medycyny seksualnej	
Zakres świadczeń w medycynie seksualnej. /proszę wymienić/	

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z działalnością Polskiego Towarzystwa Seksuologii Medycznej

.....

data

.....

podpis