

## DEKLARACJA SYMPATYKA

### POLSKIEGO TOWARZYSTWA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Adres do korespondencji: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Nazwa oraz adres uczelni w której kontynuuje naukę na kierunku – Ratownictwo Medyczne:

.....  
.....

Planowany rok uzyskania tytułu zawodowego ratownika medycznego: .....

Kontakt: nr tel.: ..... e-mail: .....

- oświadczam, że zgodnie z zapisami §37 ust. 2 Statutu Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych jestem studentem na kierunku ratownictwo medyczne;
- oświadczam, że zapoznałem się ze Statutem Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych i będę stosować się do jego postanowień;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z działalnością Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych.

Miejscowość .....

data

czytelny podpis

Decyzja Zarządu Głównego Towarzystwa:

.....  
.....