

Nadano nr:

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
DO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji:

Data i miejsce urodzenia:

Podstawa nabycia uprawnień zawodowych ratownika medycznego (podać nazwę szkoły/uczelni i rok ukończenia) oraz posiadany stopień zawodowy – naukowy:

.....
.....

Kontakt: nr tel.: e-mail:

- oświadczam, że zgodnie z zapisami §13 ust. 1 Statutu Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych posiadam tytuł zawodowy ratownika medycznego;
- 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:

.....
.....