**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 podpis elektroniczny

Decyzja Zarządu Głównego Towarzystwa: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………