

.....

imię i nazwisko

**lekarz specjalizant chirurgii
stomatologicznej / szczękowo-twarzowej ***

zam.

.....

e-mail:

Tel.

.....

miejsowość, data

**POLSKIE TOWARZYSTWO CHIRURGII JAMY USTNEJ
i CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ**

ZARZĄD GŁÓWNY

Deklaracja

**przystąpienia do Polskiego Towarzystwa Chirurgii Jamy Ustnej
i Chirurgii Szczękowo – Twarzowej**

Niniejszym przedkładam odpis dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów lekarskich i oświadczam, że jestem w trakcie odbywania specjalizacji w dziedzinie chirurgii stomatologicznej / szczękowo-twarzowej *.

W związku z powyższym, wnoszę o podjęcie przez Zarząd Główny uchwały o przyjęciu do Towarzystwa w charakterze członka współdziałającego.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

1. przestrzegania Statutu, Uchwał i Regulaminów Towarzystwa,
2. aktywnego udziału w realizacji celów statutowych i zadań Towarzystwa,
3. regularnego opłacania składek członkowskich w wysokości uchwalonej przez Walne Zgromadzenie Członków Towarzystwa.

Załączniki

Z poważaniem

- 1) Odpis dyplomu

** niepotrzebne skreślić*