

Miejscowość ..... data.....

Miejsce na zdjęcie

# Polska Rada Medycyny Anti-Aging

## KARTA ZGŁOSZENIA

Imię.....

Nazwisko .....

Adres do korespondencji .....

.....

telefon 000-00000000 Fax 000-00000000 tel. kom. 0000000000

adres e-mail.....

Tytuł naukowy.....nr PWZ .....

Specjalizacja ..... Data specjalizacji .....

### Dane gabinetu do umieszczenia na stronę internetową Polskiej Rady Medycyny Anti-Aging

nazwa gabinetu .....

adres gabinetu .....

telefon 000-00000000 Fax 000-00000000 tel. kom. 0000000000

adres strony www.....

adres e-mail gabinetu .....

Szczególne zainteresowania dotyczące estetyki lekarskiej i medycyn anti-aging

.....

.....

Deklaruję chęć uczestniczenia, w co najmniej w jednym szkoleniu rocznie organizowanych przez Polską Radę. Zobowiązuję się wpłacać składki członkowskie w wysokości 500 zł rocznie płatne jednorazowo do końca pierwszego kwartału każdego roku na konto: Bank Handlowy w Warszawie S.A. 95 1030 0019 0109 8530 0024 7218.

Opłacenie składki jest równoznaczne z otrzymaniem prawa do zniżek w opłatach za uczestnictwo w szkoleniach.

Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania Statutu Polskiej Rady Medycyny Anti-Aging .

Data..... Podpis i pieczętka..... Osoba rekomendująca .....