



POLSKIE TOWARZYSTWO FIZYKI MEDYCZNEJ
im. Cezarego Pawłowskiego
Zarząd Główny
ul. Św. Andrzeja Boboli 8 (p.152)
02-525 Warszawa

Wypełnia Sekretarz Oddziału
(oryginał jest przechowywany w oddziale,
kopię Sekretarz Oddziału przesyła
do Sekretarza Zarządu Głównego)

Data złożenia wniosku:

Decyzja: *pozytywna* *negatywna*

Data przyjęcia do PTFM:

Podpis sekretarza:

Deklaracja Członkowska

(tytuł lub stopień naukowy) Imię i Nazwisko:

Główne miejsce pracy:

Pełen Adres do korespondencji:

E-mail:

Wykształcenie ⁽¹⁾

Nazwa szkoły wyższej:

Kierunek studiów:

Zakres pracy zawodowej lub zainteresowań związanych z fizyką medyczną

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Teleradioterapia | <input type="checkbox"/> Brachyterapia | <input type="checkbox"/> Radiobiologia |
| <input type="checkbox"/> Ochrona radiologiczna | <input type="checkbox"/> Medycyna Nuklearna | <input type="checkbox"/> Systemy akredytacyjne |
| <input type="checkbox"/> Bioelektryczność i biomagnetyzm | <input type="checkbox"/> Metody matematyczne w medycynie | <input type="checkbox"/> Elektronika Medyczna |
| <input type="checkbox"/> Diagnostyka Obrazowa | <input type="checkbox"/> Informatyka Medyczna | <input type="checkbox"/> inne |

Członkowie wprowadzający

Imię i Nazwisko

podpis

1.

2.

Oświadczam, że zapoznałam/em się ze statutem PTFM, przyjmuję go do wiadomości i akceptuję.

Miejsce, data i podpis

Nazwa Oddziału PTFM, do którego ma być przyjęcie:

Podpis Prezesa Oddziału, do którego ma być przyjęcie:

⁽¹⁾ Mile widziane dołączenie spisu swoich najważniejszych publikacji, nie więcej niż 5 pozycji.