…..………………………….

(miejscowość, data)

……………………………………………………..

( Imię, Nazwisko)

………………………………………………………..

(miejsce pracy)

………………………………………………………..

(adres poczty elektronicznej)

Zarząd Główny

Polskiego Towarzystwa Fizyki Medycznej im. Cezarego Pawłowskiego
ul. Św. Andrzeja Boboli 8 (pok.152) 02-525 Warszawa

WNIOSEK

Proszę o ocenę punktów edukacyjnych w celu nadania tytułu „**Medical Physics Expert” .**

**Suma punktów edukacyjnych, zgromadzonych od ………………….. do …(dd/mm/rr) wynosi …………..**

**……………………..**

**Podpis**

Załączniki:

1. Formularz punktacji (….xlsx)
2. Skany w formacie PDF potwierdzające punktację
3. ……….