

.....  
(Imię i nazwisko)

## DEKLARACJA

Deklaruję chęć przystąpienia do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego od dnia .....  
Zobowiązuję się czynnie uczestniczyć w pracach na rzecz Towarzystwa i środowiska pielęgniarskiego,  
opłacać składki członkowskie oraz wypełniać inne zadania zgodnie ze Statutem Polskiego Towarzystwa  
Pielęgniarskiego.

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby składającej deklarację

### Decyzja Zarządu Koła:

przyjęto    nie przyjęto\*

.....  
podpis przewodniczącej Zarządu Koła

## Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Oddziału w .....

### Karta Ewidencyjna Członka

**Koło** (nazwa) .....

1. Nazwisko..... Imię .....
2. Data urodzenia.....
3. Adres zamieszkania.....
4. Adres email ..... Tel. ....
5. Wykształcenie ogólne:    średnie\*    wyższe zawodowe\*    wyższe mgr\*
6. Tytuł zawodowy:    pielęgniarka/położna    pielęgniarka/ położna specjalistka  
licencjat pielęgniarstwa/położnictwa    magister pielęgniarstwa/ położnictwa \*  
Inny .....
7. Posiadane kwalifikacje ( specjalizacje, kursy kwalifikacyjne)  
.....  
.....
8. Znajomość języków obcych.....
9. Nazwa i adres zakładu pracy.....  
.....
10. Data rozpoczęcia pracy zawodowej.....
11. Uwagi.....  
.....  
.....

\* właściwe zakreślić

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby składającej deklarację