

# Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii

## Deklaracja członka korporacyjnego



1. Nazwa ośrodka medycyny rozrodu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Adres \_\_\_\_\_
3. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania ośrodka, zgodnie z umocowaniem wynikającym ze stosownego dokumentu \_\_\_\_\_
4. Tytuł naukowy \_\_\_\_\_
5. Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_
6. E-mail \_\_\_\_\_

Jako osoba upoważniona do reprezentowania wyżej wymienionego ośrodka medycyny rozrodu, zwracam się z prośbą o przyjęcie ośrodka na członka korporacyjnego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE). Oświadczam, że w reprezentowanym przez mnie ośrodku przestrzegane są rekomendacje oraz zalecenia PTMRIE dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności, a także postępowania z niepłodną parą, znany jest mi Statut Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) i zobowiązuję się do jego przestrzegania, a w szczególności do przestrzegania uchwał i postanowień władz PTMRIE, brania czynnego udziału w działalności PTMRIE oraz regularnego opłacania korporacyjnych składek członkowskich.

\_\_\_\_\_

miejsowość i data

\_\_\_\_\_

czytelne imię i nazwisko

\_\_\_\_\_

podpis

Wyrażam zgodę, na przesyłanie informacji związanych z funkcjonowaniem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) w tym zawiadomień o planowanych walnych zebraniach członków na podany przeze mnie adres mailowy.

\_\_\_\_\_

miejsowość i data

\_\_\_\_\_

czytelne imię i nazwisko

\_\_\_\_\_

podpis

### Decyzja o przyjęciu w poczet korporacyjnych członków PTMRIE

\_\_\_\_\_

miejsowość i data

\_\_\_\_\_

podpis czytelny

\_\_\_\_\_

podpis

\_\_\_\_\_

miejsowość i data

\_\_\_\_\_

podpis czytelny

\_\_\_\_\_

podpis