



## Deklaracja Członkowska Polskiego Towarzystwa Lekarskiego Medycyny Manualnej

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Miejsce i data urodzenia

.....  
Stopień naukowy, Wykształcenie

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Miejsce pracy

.....  
Telefon

.....  
Adres e-mail

**Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Lekarskiego Medycyny Manualnej  
Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania postanowień statutu Towarzystwa.  
Wymagane dokumenty przesyłam w załączeniu.**

.....  
Data

.....  
Podpis wnioskującego

### Decyzja Zarządu PTLMM

Decyzją Zarządu PTLMM, dnia .....przyjęto w poczet członków  
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego Medycyny Manualnej wnioskującego kandydata na  
prawach członka .....

.....  
Sekretarz

.....  
Prezes