



## FORMULARZ REJESTRACYJNY CZŁONKA SEKCJI NEUROONKOLOGII POLSKIEGO TOWARZYSTWA NEUROCHIRURGÓW

### DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko

Miejsce zatrudnienia

Ulica

Miasto i kod

Specjalizacja

### DANE DO KORESPONDENCJI

Adres e-mailowy

Ulica

Miasto i kod

Telefon/Fax

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Sekcji Neuroonkologii Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów

Oświadczam, że zapoznałem się ze Statutem Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów oraz Regulaminem Sekcji Neuroonkologii i zobowiązuję się do przestrzegania zawartych w nich zapisów