



Odborná společnost 47 - urologie



PŘIHLÁŠKA

Příjmení: _____ Jméno: _____ Tituly: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Adresa bydliště: _____

PSČ: _____ Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Adresa pracoviště: _____

PSČ: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Obor, dosažená specializace (stupeň + rok atestace): _____

Funkční zařazení na pracovišti

PŘIHLAŠUJI SE K PŘIDRUŽENÉMU ČLENSTVÍ DO ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI A SOUHLASÍM S POSLÁNÍM A CÍLI ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI J. E. PURKYNĚ

Jména a podpisy dvou stávajících členů ČUS:

1 _____

2 _____

Datum: _____ Podpis žadatele: _____

Stanovisko organizační složky: _____

Přijat za člena dne: _____

Razítko a podpis předsedy