



UWAGA: prosimy o czytelne wypełnienie formularza. To ułatwi nam kontakt z Państwem.

IMIE:

NAZWISKO:

Wiek: _____

Data urodzenia: _____

Miejsce urodzenia: _____

Miejsce i rok ukończenia studiów:

Specjalizacja 1:

Specjalizacja 2:

Adres zamieszkania:

ulica/nr _____

Kod + miasto

ADRES DO KORESPONDECJI:

ulica/nr _____

Kod + miasto

TELEFON STACJONARNY: (-) _____

TELEFON KOMÓRKOWY:

ADES E-MAIL:

MIEJSCE PRACY: _____

Doświadczenia zawodowe:

Przynależność do towarzystw naukowych:

Ewentualne doświadczenia z medycyną estetyczną:

Czy należy Pan/i do Sekcji Medycyny Estetycznej PTL?

Czy brał/a Pan/i udział w kongresach, konferencjach, szkoleniach itp. Organizowanych przez Sekcję Medycyny Estetycznej?

Czy jest to Pana/i pierwsza aplikacja do Podyplomowej Szkoły Medycyny Estetycznej?
