

# Poddyplomowa Szkoła Medycyny Estetycznej

POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

**UWAGA!** Prosimy o czytelne wypełnienie formularza – to ułatwi nam kontakt z Państwem.

**IMIĘ:**

**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 KOMÓRKOWY:** \_\_\_\_\_

**ADES E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**MIEJSCE PRACY:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# **Poddyplomowa Szkoła Medycyny Estetycznej**

**POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO**

**Doświadczenia zawodowe:**

---

**Przynależność do towarzystw naukowych:**

---

**Ewentualne doświadczenia z medycyną estetyczną:**

---

**Czy należy Pan/i do Polskiego Towarzystwa Medycyny Estetycznej i Anti-Aging lub innego stowarzyszenia o podobnym profilu?**

---

**Czy brał/a Pan/i udział w kongresach, konferencjach, szkoleniach itp. organizowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Estetycznej i Anti-Aging?**

---

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

---

**Skąd dowiedział/a się Pan/i o Poddyplomowej Szkole Medycyny Estetycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (znajomi, reklama w Internecie, reklama w prasie, inne)?**

---