



Warszawa dn .....

Polskie Towarzystwo Lekarskie  
Podyplomowa Szkoła Medycyny Estetycznej  
Ul. Hoża 5/7 m. 75  
00-528 Warszawa

### **KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

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 korespondencji (jeżeli inny niż zamieszkania):

ulica/nr .....

Kod + miasto .....

Tel. komórkowy: .....

Adres e-mail: .....

Miejsce pracy: .....

Doświadczenia zawodowe: .....

Przynależność do towarzystw naukowych:.....

.....

Ewentualne doświadczenia z medycyną estetyczną: .....

Czy należy Pan/i do Polskiego Towarzystwa Lekarskiego lub do Polskiego

Towarzystwa Medycyny Estetycznej i Anti-Aging.....

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 Podyplomowej Szkoły Medycyny

Estetycznej PTL? .....

Skąd dowiedział/a się Pan/i o Podyplomowej Szkole Medycyny Estetycznej

Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (znajomi, reklama w Internecie, reklama w

prasie,

inne)?.....

.....

(czytelny podpis)