

# DEKLARACJA

Proszę o przyjęcie do Polskiego Towarzystwa Badania Bólu  
i deklaruję się przestrzegać zobowiązań statutowych

\_\_\_\_\_  
data, miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis

## Poparcie dwóch członków zwyczajnych PTBB:

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
podpis

\_\_\_\_\_  
podpis

# ANKIETA

imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

data, miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_

adres: \_\_\_\_\_

kod

miejscowość

ulica i nr domu

tel./fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

tytuł naukowy: \_\_\_\_\_

zawód \_\_\_\_\_

specjalizacja: \_\_\_\_\_

miejsce pracy: \_\_\_\_\_

stanowisko: \_\_\_\_\_

dorobek w zakresie badania  
i leczenia bólu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis