



## TOWARZYSTWO INTERNISTÓW POLSKICH

### Deklaracja członkowska

Jako członek Towarzystwa Internistów Polskich zobowiązuję się do przestrzegania Statutu, uchwał i regulaminów Towarzystwa Internistów Polskich, a w szczególności do:

- wspierania rozwoju medycyny wewnętrznej, promowania wiedzy z zakresu chorób wewnętrznych oraz umacniania i godnego reprezentowania środowiska polskich internistów
- dbania o godność lekarza internisty i właściwą pozycję medycyny wewnętrznej w całości struktur organizacyjnych ochrony zdrowia
- regularnego opłacania składek członkowskich
- propagowania „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej”
- uczestnictwa w zebraniach i zjazdach Towarzystwa
- ciągłego doskonalenia zawodowego
- współdziałania w integracji działalności naukowej, szkoleniowej i leczniczej lekarzy specjalności wchodzących w skład medycyny wewnętrznej
- przestrzegania zasad etyki i deontologii lekarskiej

Miejscowość, data

Podpis (czytelny)  
i pieczęć lekarska

#### WYPEŁNIA ODDZIAŁ TIP

Na mocy uchwały Zarządu Oddziału ..... Towarzystwa Internistów Polskich  
dr ..... została/został członkiem TIP.

Miejscowość, data

Podpis (czytelny)  
Prezes Zarządu Oddziału TIP

Wypełnioną deklarację należy przesłać do Zarządu Głównego TIP (31-066 Kraków, ul. Skawińska 8)

#### WYPEŁNIA ZARZĄD GŁÓWNY TIP

Dr ..... została/został wpisany  
do Centralnego Rejestru Członków TIP pod numerem członkowskim 

--	--	--	--	--

 – 

--	--	--	--	--

Miejscowość, data

Podpis (czytelny)  
Prezes Zarządu Głównego TIP



# TOWARZYSTWO INTERNISTÓW POLSKICH

## Deklaracja członkowska

**Uwaga: deklarację należy wypełnić drukowanymi literami**

Nazwisko

Imię (imiona)

Data urodzenia  –  –   
(dd/mm/rok)

Rok ukończenia studiów lekarskich     Uczelnia (miasto)

Posiadane specjalizacje i rok uzyskania choroby wewnętrzne

choroby wewnętrzne w trakcie specjalizacji   
(rok rozpoczęcia)

inne (jakie) .....

Posiadane stopnie i tytuł naukowy  dr med.  dr hab.  prof.

Miejsce pracy (główne – nazwa i adres) .....

### Adres do korespondencji

kod pocztowy  –  miasto

ulica

tel. stacjonarny  0  –  tel. kom.

adres poczty elektronicznej

Potwierdzam zgodność z prawdą powyższych danych i zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia Zarządu Głównego TIP o wszelkich zmianach danych zawartych w mojej deklaracji członkowskiej.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych zawartych w niniejszej deklaracji przez Towarzystwo Internistów Polskich (31-066 Kraków, ul. Skawińska 8), w celu realizacji zadań statutowych, z zachowaniem przysługujących mi praw do wglądu do moich danych i ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na umieszczenie w ogólnie dostępnym (na stronie internetowej TIP) Centralnym Rejestrze Członków TIP moich danych osobowych, obejmujących w szczególności: nazwisko, imię, stopień/tytuł naukowy, specjalizację, miejsce pracy, rok wstąpienia do TIP oraz informację o posiadaniu certyfikatu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego, z zachowaniem prawa do niezwłocznego usunięcia tych danych na moje żądanie zgłoszone w formie pisemnej pod adresem Towarzystwa.

Miejscowość, data

Podpis (czytelny)