



Warszawa dn

Polskie Towarzystwo Lekarskie
Podyplomowa Szkoła Medycyny Estetycznej
Ul. Gilarska 10/1
03-589 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)