

**KARTA EWIDENCYJNA Członka Założyciela ODDZIAŁU TERENOWEGO  
Polskiego Towarzystwa Ortotyki i Protetyki Narządu Ruchu**

PTOiPr – nr

--	--	--

**Tytuł:**  
Zakreślić tylko jedną kratkę

Pani <input type="checkbox"/>	Tech. <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	Dr <input type="checkbox"/>	Prof. <input type="checkbox"/>
Pan <input type="checkbox"/>	Inż. <input type="checkbox"/>	Lek. <input type="checkbox"/>	Dr hab. <input type="checkbox"/>	Inny: <input type="checkbox"/>

Zakreślić tylko jedną kratkę (najważniejszą)

Kategoria Zawodowa	
Administracja	A
Firma	C
Inżynieria	E
Podologia	F
Instytucja	I
Lekarz	MD
Pielęgniarstwo	N
Kinezyterapia	OT
Protetyka-Ortotyka	PO
Fizykoterapia	PT
Student	S
Obuwnik / Cholewkarz	SH
Inny	

Proszę wymienić :

**Nazwisko:**  
**Pierwsze imię:**

**Adres zamieszkania:**

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

Miejscowość:

Kod pocztowy:     - - - - -

Poczta:

Nr tel. prywatnego: (    ) -

Data ur.:             /     /

mm   mm   dd

Kobieta:

Mężczyzna:

Obywatelstwo :

NIP: \_\_\_\_\_

Pesel: \_\_\_\_\_

Zakreślić tylko jedną kratkę

**Specjalizacja zawodowa (jeśli jest)**

**Inżynieria:**

Biomechanika	<input type="checkbox"/>
Materialoznawstwo	<input type="checkbox"/>
Rehabilitacja	<input type="checkbox"/>
Inna	<input type="checkbox"/>

**Medycyna :**

Ortopedia i traumatologia	<input type="checkbox"/>
Rehabilitacja medyczna	<input type="checkbox"/>
Chirurgia ogólna	<input type="checkbox"/>
Neurologia	<input type="checkbox"/>
Reumatologia	<input type="checkbox"/>
Pediatrya	<input type="checkbox"/>
Interna / POZ	<input type="checkbox"/>
Inna	<input type="checkbox"/>

**Protetyka-Ortotyka:**

Technologia	<input type="checkbox"/>
Mechanika	<input type="checkbox"/>
Protetyka	<input type="checkbox"/>
Inna	<input type="checkbox"/>

**Firma:**

Producent	<input type="checkbox"/>
Importer	<input type="checkbox"/>
Hurtownia	<input type="checkbox"/>
Sklep	<input type="checkbox"/>
Z.O.Z.	<input type="checkbox"/>

**Inne:**

Zaznaczyć kilka pozycji jeśli możliwe

		Znajomość języków obcych		
Język obcy		Dobra	Przeciętna	Mierna
Angielski	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francuski	F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niemiecki	G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiszpański	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Japoński	J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rosyjski	R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inny	Ó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proszę wymienić :

**Posiadane odznaczenia:**

K

A

**Stanowisko służbowe:**

**Kwalifikacje zawodowe:**