

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

Informacje dotyczące aktywności zawodowej

Zaznaczyć kilka pozycji jeśli możliwe

Słowa kluczowe:

| | | |
|---------------------------------|-----|--|
| Administracja | A | |
| Codzienna aktywność życiowa | ADL | |
| Amputacje | AMP | |
| Biomechanika | BM | |
| Biznes | BU | |
| CAD/CAM | CAD | |
| Rehabilitacja społeczna | CBR | |
| Komunikacja | COM | |
| Udar mózgu | CP | |
| Kraje rozwijające się | DW | |
| Edukacja | EDU | |
| Stopa | F | |
| Funkcjonalna elektro-stymulacja | FES | |
| Funkcjonalne odlewy i miary | FOM | |
| Unieruchamianie złamań | FRB | |
| Chód | G | |
| Geriatrya | GER | |
| Wyluszczenia st. biodrowego | HD | |
| Protetyka kończyny dolnej | LL | |
| Ortotyka kończyny dolnej | LLO | |
| Materiały | M | |
| Choroby neurologiczne | NEU | |
| Ortotyka | O | |
| Kinezyterapia | OT | |
| Protetyka | P | |
| Ból | PAI | |
| Pediatrya | PED | |
| Farmaceutyki | PH | |
| Protetyka / Ortotyka | PO | |
| Fizykoterapia | PT | |
| Kontrola jakości | QC | |
| Diagnostyka | RD | |
| Rehabilitacja | REH | |
| Siedziska | SEA | |
| Obuwie | SH | |
| Pończochy / skarpety | SO | |
| Kręgosłup | SP | |
| Sport | SPO | |
| Chirurgia | SU | |
| Szkolenie | T | |
| Protetyka kończyny górnej | UL | |
| Ortotyka kończyny górnej | ULO | |
| Chirurgia naczyniowa | VAS | |
| Wózki inwalidzkie | WC | |
| Inne | | |

Proszę wymienić:

Miejsce pracy:

Nazwa: _____

Dział: _____

Województwo: _____

Powiat: _____

Gmina: _____

Ulica: _____

Nr domu: _____

Nr lokalu: _____

Miejscowość: _____

Kod pocztowy: -- - --

Poczta: _____

Nr telefonu: () - _____

Nr faksu: () - _____

E-mail: _____

NIP: _____

Przebieg kariery zawodowej:

(wykształcenie, specjalizacje, kursy, szkolenia itp.)

Wykaz prac ogłoszonych drukiem:

(tytuł, czasopismo, rok)

Wykaz wygłoszonych referatów:

Adres do korespondencji:

Adres zamieszkania:

Adres miejsca pracy:

Data: _____

Podpis: _____