



# POLSKIE TOWARZYSTWO MEDYCYNY SPORTOWEJ POLISH SOCIETY OF SPORTS MEDICINE

Członek Międzynarodowej Federacji Medycyny Sportowej / Member of International Federation of Sports Medicine FIMS  
Członek Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Medycyny Sportowej / Member of European Federation of Sports Medicine Associations EFSMA

## WNIOSEK O PRZEDŁUŻENIE CERTYFIKATU POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY SPORTOWEJ

(zaopiniowany przez konsultanta wojewódzkiego wniosek proszę przesłać na adres siedziby Biura Certyfikatów PTMS)

Imię i nazwisko .....

Tytuł naukowy .....

Specjalizacja .....

Miejsce pracy .....

Siedziba i miejsce udzielania porady w medycynie sportowej .....

*(Gabinet, SPZOZ, NZOZ)*

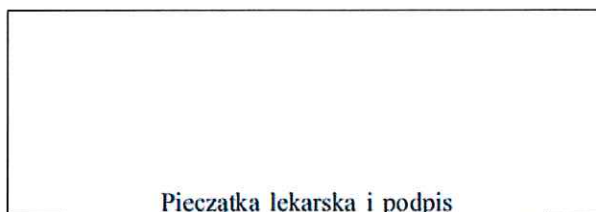
Adres do korespondencji .....

Tel. .... Fax ..... e-mail .....

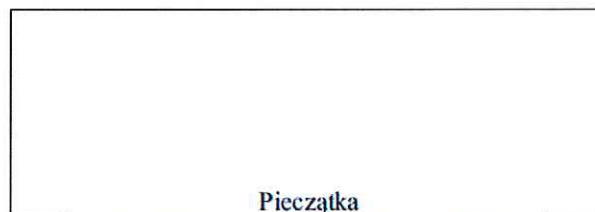
### Oświadczam\*, że:

1. Uczestniczyłem w Zjeździe, Kongresie PTMS oraz wzięłem udział w organizowanych pod patronatem PTMS Sympozjach lub Konferencjach, jak i w aktywnej działalności regionalnego Oddziału w PTMS (dotyczy członków PTMS) i posiadam stosowne zaświadczenia (kserokopie w załączeniu).
2. Uiszczyłem opłatę związaną z przedłużeniem certyfikatu (kserokopia w załączeniu).
3. Udzielam świadczeń w ramach kontraktu z NFZ oraz płatnych w ramach działalności lekarskiej zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Ministra Sportu obowiązujących w orzecznictwie sportowo-lekarskim.
4. Prowadzę działalność lekarską w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej zarejestrowanej w OIL, grupowej praktyki lekarskiej, jestem zatrudniony w SPZOZ albo NZOZ o profilu medycyny sportowej (właściwe pozostawić, pozostałe skreślić).
5. Do wniosku załączam sprawozdanie z dotychczasowej działalności oraz zobowiązuję się do składania rocznych sprawozdań z bieżącej działalności.
6. Zgadzam się na kontrolę merytoryczną działalności zgodnie z wytycznymi zawartymi w Regulaminie przyznawania Certyfikatu PTMS.

\*Skreślić, jeśli nie dotyczy



Pieczętka lekarska i podpis  
(ze specjalizacją i nowym nr prawa wykonywania zawodu)



Pieczętka  
(upoważniająca do orzekania z numerem certyfikatu)

### Opinia Konsultanta Wojewódzkiego

Data: .....

.....

Podpis

Prezes: prof. med. **Tomasz Kostka** • Wiceprezysi: dr hab. prof. UZ **Agnieszka Zembroń-Łacny**, dr med. **Andrzej Bugajski**  
Sekretarz: dr hab. prof. nadzw. **Andrzej Ziemia** • Skarbnik: prof. **Andrzej Czamara**

Zarząd Główny: ul. T. Kociuszki 4, 50-038 Wrocław

e-mail: [ptms@ptms.org.pl](mailto:ptms@ptms.org.pl); [www.ptms.org.pl](http://www.ptms.org.pl)

Konto bankowe: PKO BP S.A. Oddział 1 w Łodzi, nr: **03 1020 3352 0000 1602 0101 8431**