



**WNIOSEK O WYDANIE 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)*

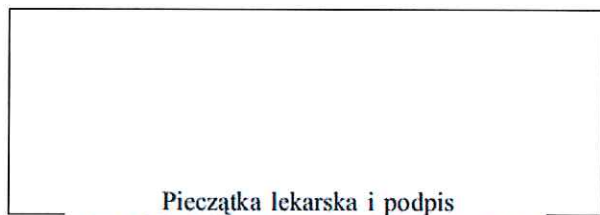
Adres do korespondencji .....

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

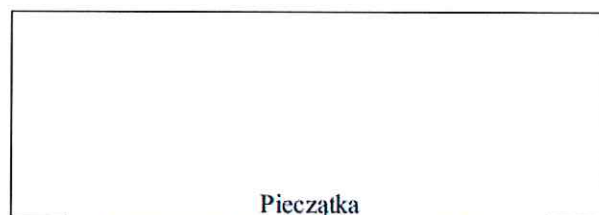
**Oświadczam\*, że:**

1. Uczestniczyłem w Zjeździe, Kongresie PTMS oraz wziąłem 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 zobowiązuje 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