



## Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska

ul. Majdańska 12  
04-088 Warszawa

Tel. 601 719 721

E-mail: [biuro@fizjoterapeuci.org](mailto:biuro@fizjoterapeuci.org)

[www.fizjoterapeuci.org](http://www.fizjoterapeuci.org)

Nr konta: 23 1020 1097 0000 7602 0193 8604

---

## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska

Deklaruję członkostwo w istniejącym Oddziale \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Imię: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

### Miejsce zamieszkania

Adres dla korespondencji:

Miasto: \_\_\_\_\_

Ulica/numer bloku/domu: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Województwo: \_\_\_\_\_

### Wykształcenie fizjoterapeutyczne

Nazwa uczelni: \_\_\_\_\_

Stopień naukowy (zakreśl właściwy):

Student I stopnia

Licencjat

Doktor

Technik

Magister

Doktor habilitowany

Specjalizacja (zakreśl właściwy):

brak

specjalizacja drugiego stopnia

specjalizacja pierwszego stopnia

nowa specjalizacja jedno-stopniowa

Inne wykształcenie: \_\_\_\_\_

Nr dyplomu: \_\_\_\_\_

Zobowiązuję się do przestrzegania Statutu Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. 133 poz. 883 z późn. Zmianami) w celach statutowych SFP, marketingowych, szkoleniowych oraz umieszczenia ich w bazie danych SFP.

Deklaruję wpłacenie składki rocznej w wysokości minimum 150 zł (nie dotyczy studentów I stopnia) i przesłania kopii dyplomu fizjoterapeuty.

\_\_\_\_\_  
Data i podpis