

**ZWIAZEK LEKARZY POLSKICH W CHICAGO
POLISH AMERICAN MEDICAL SOCIETY**

APLIKACJA CZLONKOWSKA/MEMBERSHIP APPLICATION

Nazwisko/**Last name** * Imie/**First name** * Tytuł/**Title** *

Kraj urodzenia/**Country of birth** *

Adres do korespondencji/**Mailing address** *

Telefon domowy lub kom/**Home telephone or cell** *

E-mail (prywatny/**private**) * (konieczny/**mandatory*** !!!)

Adres gabinetu/**Office address**

Telefon gabinetu/**Office phone**

Fax gabinetu/**Office fax**

Uczelnia/**Med School** *

Rok ukończenia/**Graduation year** *

Residency *

Fellowship

Specjalizacja/Specialty - Funkcje/**Special appointments**:

Podpis/Signature _____ **Data/Date** _____

* = wymagane/**required**

ZLP nie udostępnia innym żadnych danych osobowych/PAMS is not sharing any personal information