

**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