

NEW MEMBER APPLICATION
Aplikacja członkowska

POLISH AMERICAN MEDICAL SOCIETY
Zwiazek Lekarzy Polskich w Chicago

Bronislaw Orawiec, M.D., President
Address – 5428 N. Milwaukee Ave., Chicago IL 60630
Tel: 773-594-1515; Fax:773-594-1674
Email orawiec@sbcglobal.net or/albo drorawiec@aol.com

INFORMACJE OGOLNE/GENERAL INFORMATION
Prosze drukowac/Please print

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

Data i miejsce urodzenia/Date and place of birth

Adres domowy/Home address

Telefon domowy/Home telephone

Fax domowy/Home fax

E-mail

Telefon komorkowy/Cell phone

Adres gabinetu/Office address

Telefon gabinetu/Office phone

Fax gabinetu/Office fax

Preferred mailing address

Business _____

Home _____

I give my permission to use the above information in our society's listings, website ,etc.

Signature

Date

**ZAWODOWE PRZYGOTOWANIE W POLSCE /MEDICAL TRAINING IN
POLAND**

Uczelnia _____ Rok ukonczenia _____

Specjalizacja

Głowne miejsce pracy w Polsce

Inne osiągnięcia (np. Doktorat, stanowiska, publikacje)

ZAWODOWE PRZYGOTOWANIE W U.S.A./MEDICAL TRAINING IN U.S.A

Medical School

Year of graduation

Internship / Residency

Fellowship

Board Certified Yes _____ No _____ Year _____

Current Hospital Affiliations

Academic Titles , Degrees, Special interests

SKŁADKI CZŁONKOWSKIE/MEMBERSHIP DUES

Oplata roczna dla członków w praktyce lekarskiej/Yearly dues for practicing physicians \$100.00

Dla pozostałych (nowoprzybyli, studenci, rezydenci, lekarze emerytowani)/Yearly dues for non-practicing physicians, residents, students, retired physicians \$30.00

Podpis/Signature _____ Data/Date _____

Proszę wysłać aplikację i składki /Please mail application and dues to

BOZENA WITEK M.D.

P.A.M.S. TREASURER

7447 W.TALCOTT AVE. #1 CHICAGO IL 60631