

NEW MEMBER APPLICATION
Aplikacja czlonkowska

POLISH AMERICAN MEDICAL SOCIETY
Zwiazek Lekarzy Polskich w Chicago

Jozef Mazurek MD, M.D., President
6121 N. Elston Ave Phone
Chicago, IL 60646
773 792 0209
Fax 773 792 0112
e-mail: jfmazurek@ameritech.net

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

Głównie miejsca 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 \$150.00

Dla pozostałych (nowoprzybyli, studenci, rezydenci, lekarze emerytowani)/Yearly dues for non-practicing physicians, residents, students, retired physicians \$50.00

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

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

**Bożena Witek, MD
7447 W Talcott Ave Ste 1
Chicago, IL 60631
Tel 847-373-3962, Email: bowitek@aol.com**