



## Polskie Towarzystwo Urologiczne

Biuro CME-CPD, ul. Łowicka 19  
02-574 Warszawa  
tel. 22 845 6916, fax. 22 845 6910  
e-mail: cmecpd@ptu.net.pl



Numer rejestracyjny CME-CPD

## Formularz uczestnictwa Dotyczy jednej aktywności naukowej

**IMIĘ I NAZWISKO** .....

Prof.

Dr hab. n. med.

Dr n. med.

Lek. med.

**ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA** (nazwa i adres) .....

**AKTYWNOŚĆ** (wpisać kategorię aktywności naukowej zgodnie z tabelą: „Punktacja kredytowa za określone aktywności”)

**OPIS** (nazwa aktywności naukowej, rodzaj działalności dydaktycznej, tytuł publikacji lub prezentacji, nazwa innego rodzaju aktywności naukowej) .....

**MIEJSCE** (miejsce aktywności naukowej, miejsce nauczania, miejsce prezentacji, miejsce publikacji naukowej, dokładny tytuł pisma naukowego, numer wydania, rok wydania, nazwa wydawcy) .....

**ORGAN AKREDYTUJĄCY** (nazwa i adres) .....

**Data rozpoczęcia:** ..... **Data zakończenia:** .....

**Liczba godzin:** ..... **Liczba przyznanych punktów:** .....

**Dowód uczestnictwa w załączeniu:**

Wypełniony po polsku i po angielsku formularz należy wysłać na adres: Polskie Towarzystwo Urologiczne, Biuro CME-CPD, ul. Łowicka 19, 02-574 Warszawa.

Przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody udzielonej w formularzu „Rejestracja w systemie punktacji kredytowej CME-CPD”.



European Board of Urology



My Registration Number

CREDIT ENTRY FORM
Only one activity per form

NAME: .....

Prof. [ ] Dr [ ]

CME / CPD PROVIDER (name and address) .....

ACTIVITY TYPE (designate the activity following the criteria expressed on page: „DISTRIBUTION OF CREDITS PER ACTIVITY TYPE“)

DESCRIPTION (name of activity, teaching type, title of publication or presentation, type of activity, kind of scientific material studied. The programme of the activity including themes, speakers and other pertinent information should be sent for appraisal)

PLACE (location of meeting or activity, location of teaching, place of publication or presentation, publication studied)

ACCREDITED BY: (name and address) .....

Start date: ..... End date: .....

Total number of hours: ..... Total number of credits granted: .....

Documental proof attached: [ ]

Data are processed on the basis of the consent given in form „Registration to CME-CPD Credit System“.