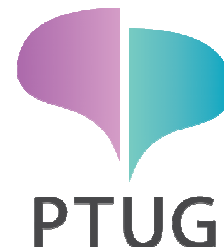


## Certyfikat PTUG III Lekarz Specjalista – Wykładowca Uroginekologiczny



Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne  
Sekretariat Towarzystwa  
ul. Łużycka 19, 30-657 Kraków  
tel. i faks: (+48) 12 655 590

### Dane osobowe

Numer członkowski PTUG:	
Tytuł/stopień naukowy:	
Imię:	
Nazwisko:	
Data urodzenia:	
Nazwa uczelni, rok ukończenia:	
Doktorat (data):	
Habilitacja (data): <i>Proszę załączyć kopię dyplomu</i>	
Specjalizacja i data uzyskania: <i>Proszę załączyć kopię dyplomu</i>	

### Adres służbowy

Nazwa zakładu pracy:	
Ulica i numer budynku:	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Kraj:	
Numer telefonu:	
Numer faksu:	
Numer telefonu kom.:	
E-mail:	
Stanowisko służbowe:	

### Diagnostyka (nadzorowanie badań urodynamicznych i wykonywanie badań USG)

Ilość badań urodynamicznych nadzorowanych lub wykonanych samodzielnie w ostatnich latach:	
	2014
	2013
	2012
	2011
	2010
	2009

Ilość badań USG narządów miednicy mniejszej, nerek i objętości pęcherza moczowego - przypadków chorobowych i powikłań w ostatnich latach:	
2014	
2013	
2012	
2011	
2010	
2009	

### Leczenie zachowawcze i operacyjne w tym powikłania

Ilość terapii zachowawczych nietrzymania moczu lub stolca oraz obniżenia narządów miednicy mniejszej w latach:	
2014	
2013	
2012	
2011	
2010	
2009	

Ilość operacji naprawczych nietrzymania moczu lub stolca oraz obniżenia narządów miednicy mniejszej – jako operator w latach:	
2014	
2013	
2012	
2011	
2010	
2009	

### Udział w kursach uroginekologicznych lub szkoleniach u lekarzy posiadających Certyfikat PTUG III (II) oraz udział w konferencjach (łącznie minimum 3x, średnio 1x/rok)

Nazwa i miejsce kursu: <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i>	
Kierownik naukowy kursu:	Data rozpoczęcia :
lub: Specjalista certyfikowany PTUG III (II): <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i>	Data zakończenia:

Nazwa i miejsce kursu: <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i>	
Kierownik naukowy kursu:	Data rozpoczęcia :
lub: Specjalista certyfikowany PTUG III (II): <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i>	Data zakończenia:

Nazwa i miejsce kursu: <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i>	
Kierownik naukowy kursu:	Data rozpoczęcia :
lub: Specjalista certyfikowany PTUG III (II): <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i>	Data zakończenia:

Nazwa konferencji: <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i>	
Data zakończenia:	Data rozpoczęcia :

Nazwa konferencji: <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i>	
Data zakończenia:	Data rozpoczęcia :

Nazwa konferencji: <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i>	
Data zakończenia:	Data rozpoczęcia :

**Organizowanie konferencji uroginekologicznych lub kursów PTUG:**

Nazwa konferencji lub kursu PTUG: <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i>	
Kierownik naukowy konferencji/kursu:	Data rozpoczęcia :
Udział Kandydata jako:	Data zakończenia:

Nazwa konferencji lub kursu PTUG: <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i>	
Kierownik naukowy konferencji/kursu:	Data rozpoczęcia :
Udział Kandydata jako:	Data zakończenia:

Nazwa konferencji lub kursu PTUG: <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i>	
Kierownik naukowy konferencji/kursu:	Data rozpoczęcia :
Udział Kandydata jako:	Data zakończenia:

**Publikacje lub udział w badaniach lub recenzowanie publikacji**

--

*Dodatkowe pole dla Kandydatów do bezpośredniego uzyskania Certyfikatu PTUG III do końca 2016 roku:*

**Kursy podstawowy i zaawansowany PTUG (dwudniowe)**

Kurs podstawowy (nazwa): <i>Proszę załączyć kopię dyplomu</i>	
Kierownik naukowy:	Miejsce kursu:
Data rozpoczęcia :	Data zakończenia:

Kurs zaawansowany (nazwa): <i>Proszę załączyć kopię dyplomu</i>	
Kierownik naukowy:	Miejsce kursu:
Data rozpoczęcia :	Data zakończenia:

Miejsce i data:

Podpis

