

miejsce i data:.....

Oddział

Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego

DEKLARACJA

Niniejszym proszę o przyjęcie mnie na członka zwyczajnego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Oświadczam, że Statut Towarzystwa jest mi znany.

Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania postanowień regulaminu, zarządzeń i uchwał Władz Towarzystwa oraz przyczyniać się do realizacji jego celów.

DANE PERSONALNE:

Nazwisko

Imię

Data i miejsce urodzenia

Uczelnia

Specjalność lekarska

Stanowisko zajmowane obecnie

Dokładny adres zamieszkania

.....

Telefon

E-mail

Podpis

Członkowie wprowadzający

.....

.....