



**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO SEKCJI OPARZEŃ
TOWARZYSTWA CHIRURGÓW POLSKICH**
/prosimy o czytelne wypełnienie deklaracji/

1. IMIĘ I NAZWISKO
- STOPIEŃ LUB TYTUŁ NAUKOWY
2. MIEJSCE PRACY
3. STANOWISKO
4. ADRES ZAMIESZKANIA
5. TELEFON KONTAKTOWY
6. ADRES E-MAIL
7. PRZYNALEŻNOŚĆ DO TCHP **TAK***/ ODDZIAŁ **NIE***
8. UWAGI

/* niepotrzebne skreślić/

Oświadczam, że chce przystąpić do Sekcji Oparzeń TCHP.
Zobowiązuję się przestrzegać Regulaminu Sekcji Oparzeń.
Oświadczam, że opłacam na bieżąco składki członkowskie TCHP*.

Data: Podpis:

Przyjęto do Sekcji Oparzeń Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Nadano numer członkowski:

Data: **Podpisy:**

.....
.....
.....
.....