D E K L A R A C J A

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Sekcji Chirurgii Endokrynologicznej Towarzystwa Chirurgów Polskich

Nazwisko i Imię .....

Stopień naukowy .....

Miejsce pracy .....

.....

Stanowisko .....

Adres do korespondencji .....

.....

Adres e-mail / telefon .....

„Wprowadzający" do Sekcji 1. .....

2. .....

Potwierdzam, że jestem członkiem TChP
i mam opłaconą składkę członkowską.

.....
(data i podpis)