



DEKLARACJA

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

Imię i nazwisko

Tytuł/stopień naukowy

Miejsce pracy

.....

Stanowisko

.....

Adres korespondencyjny

Adres e-mail

Numer telefonu

.....

(data i podpis)

*Członkiem Sekcji Chirurgii Kolorektalnej TChP może zostać członek TChP, który opłacił składkę członkowską.

*Aby przystąpić do Sekcji Chirurgii Kolorektalnej TChP należy wypełnić deklarację członkowską i wysłać jej skan na adres email: chirurgiakolorektalnatchp@gmail.com