

**DEKLARACJA**

**Dotyczy: wstąpienia do Sekcji Zakażeń Chirurgicznych TChP**

Niniejszym deklaruję chęć wstąpienia do Sekcji Zakażeń Chirurgicznych

Towarzystwa Chirurgów Polskich

…………………………………………………………………………………………

(podpis i data)

1. Nazwisko i Imię ………………………………………………………………………………………..
2. Stopień naukowy : ………………………………………………………………………………………..
3. Miejsce pracy:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

1. Stanowisko: …………………………………………………………………………………………
2. Członkostwo TChP (podać rok wstąpienia): …………………..………………….
3. Adres do korespondencji:

………………………………………………………………………………………….

1. Adres e-mail / telefon:

…………………………………………………………………………………………

„Wprowadzający” do Sekcji

1.………………………………………………………………………………..

2.…………………………………………………………………………………