………………………………………………………………

*(miejscowość, data)*

**Deklaracja członkowska**

………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko)*

………………………………………………………………….

*(specjalizacja, numer PZWL)*

………………………………………………………………….

*(adres email, telefon)*

Potwierdzam chęć bycia członkiem Polskiego Klubu Koloproktologii Towarzystwo Naukowe. Akceptuje warunki uczestnictwa w Klubie.

……………………………………………………………

*(podpis)*