



**Klinika  
Nieborowice**

**STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE**

**ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU**

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

.....

Miejsce i data wypełnienia deklaracji

Imię i nazwisko: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Obywatelstwo: .....

Dowód tożsamości lub paszport: seria .....nr .....wydany przez.....

.....

..... PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Adres do korespondencji: .....

Tel.: ..... E-mail: .....

Ja niżej podpisana/y ..... zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie w poczet członków **Studenckiego Koła Naukowego Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu**, działającego przy Klinice Nieborowice Sp. z o.o. w Nieborowicach.

Oświadczam, że znane mi są postanowienia regulaminu, cele i zadania Koła Naukowego. Jednocześnie zobowiązuję się do ich przestrzegania i uczestnictwa w działalności Koła Naukowego.

Wiarygodność powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

Podpis