

**DEKLARACJA WSTĄPIENIA  
DO MAŁOPOLSKIEGO STOWARZYSZENIA  
KOMITETÓW I ZESPOŁÓW DS. ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH**

**Członka Wspierającego**

**ZMIANY OSÓB REPREZENTUJĄCYCH SZPITAL/INSTYTUCJĘ**

Nazwa Szpitala/Instytucji.....

miejsowość..... ul.....

nr.....kod pocztowy.....

telefon kontaktowy.....e-mail .....

Szpital/Instytucję w Stowarzyszeniu będą reprezentować:

1. Nazwisko ..... Imię.....

zawód .....stopień naukowy.....

specjalizacja .....

telefon kontaktowy..... e-mail .....

2. Nazwisko ..... Imię.....

zawód .....stopień naukowy.....

specjalizacja .....

telefon kontaktowy..... e-mail .....

3. Nazwisko ..... Imię.....

zawód .....stopień naukowy.....

specjalizacja .....

telefon kontaktowy.....e-mail .....

data .....

.....

Dyrektora Szpitala

Podpis i pieczęć

Decyzją Zarządu Szpital został przyjęty w poczet Członków Wspierających Małopolskiego  
Stowarzyszenia Komitetów i Zespołów ds. Zakażeń Szpitalnych

w dniu .....

.....

Prezes Zarządu