

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

Członka Wspierającego

Nazwa Szpitala/Instytucji.....

miejsowość..... ul.....

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

telefon kontaktowy.....e-mail

Szpital/Instytucję w Stowarzyszeniu będą reprezentować:

1. Nazwisko Imię.....

zawódstopień naukowy.....

specjalizacja

telefon kontaktowy..... e-mail

2. Nazwisko Imię.....

zawódstopień naukowy.....

specjalizacja

telefon kontaktowy..... e-mail

3. Nazwisko Imię.....

zawódstopień 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