

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

Członka Indywidualnego

Nazwisko Imię

zawódstopień naukowy.....

specjalizacja

Adres do korespondencji: miejscowość

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

Telefon kontaktowy.....e-mail

Miejsce pracy.....

miejscowość.....ul.....

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

data

.....
podpis kandydata

Decyzją Zarządu został(a) Pan(i) przyjęty(a) w poczet Członków Małopolskiego
Stowarzyszenia Komitetów i Zespołów ds. Zakażeń Szpitalnych

w dniu.....

.....
Prezes Zarządu