

Olsztyn, dnia

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja, niżej podpisan/a/y.....

Numer albumu.....deklaruję członkostwo i chęć udziału w pracach

Statutowych Koła Naukowego „.....”

kierunku Położnictwo w Szkole Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu

Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, prowadzonego pod kierunkiem opiekuna

.....

Imię i nazwisko studenta	
Kierunek studiów	
Rok studiów	
Adres email	
Telefon kontaktowy	

.....

data i podpis Studenta

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w złożonej przeze mnie deklaracji, dla celów rejestracji oraz działań statutowych Koła Naukowego „.....” na kierunku Położnictwo.

.....

data i podpis Studenta