

**Koło Naukowe „ANKONA-R”
Katedra Nauk Medycznych
Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES E – MAIL

ROK STUDIÓW

Oświadczam, że po zapoznaniu się ze Statutem Koła Naukowego
deklaruję przystąpienie do Koła w charakterze:
CZŁONKA ZWYCZAJNEGO

Data, Podpis