



## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych, a Szpitala w poczet członków wspierających Stowarzyszenia Polskiej Unii Szpitali Klinicznych.

Zobowiązuję się do współdziałania w realizacji zadań Stowarzyszenia oraz stosowania się do postanowień Statutu, regulaminów i decyzji władz Stowarzyszenia.

.....  
(data i własnoręczny podpis)

### DANE CZŁONKA ZWYCZAJNEGO

1. Imię i nazwisko: .....
2. Data i miejsce urodzenia:  
.....  
.....  
.....
3. Adres zamieszkania:  
.....  
.....  
.....
4. Kwalifikacje/Uczelnia:  
.....  
.....  
.....
5. Telefon służbowy/komórkowy:.....
6. Adres e-mail:.....

### DANE CZŁONKA WSPIERAJĄCEGO:

1. Nazwa i adres Szpitala: .....
2. NIP Szpitala:    \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_
3. Regon Szpitala:  \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_

---

\*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla działań Stowarzyszenia Polskiej Unii Szpitali Klinicznych.

.....  
(własnoręczny podpis)