



**TOWARZYSTWO PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH OPERACYJNYCH**

*85 - 094 Bydgoszcz, ul M. Skłodowskiej - Curie 9, tel. 0 607 20 85 69*

## **DEKLARACJA CZŁONKA WSPIERAJĄCEGO**

---

*/ nazwa i adres firmy /*

reprezentowana przez

*/ nazwisko i imię, stanowisko /*

prosi o przyjęcie w poczet członków Towarzystwa Pielęgniarek i Położnych Operacyjnych w Bydgoszczy. Oświadczam, że znane nam są postanowienia Statutu, cele i zadania Towarzystwa oraz Regulamin Członka Wspierającego. Jednocześnie zobowiązujemy się do ich przestrzegania, aktywnego uczestnictwa w działalności Towarzystwa, a ponadto strzec dobrego imienia Towarzystwa pielęgniarek i Położnych Operacyjnych w Bydgoszczy. Zobowiązujemy się do regularnego opłacania składek.

*/ miejscowość, data /*

*/ podpis, pieczęć /*

### **Prosimy o prawidłowe i czytelne wypełnienie formularza:**

Nazwa i adres firmy \_\_\_\_\_

### **Przedstawiciele firmy wyznaczeni do kontaktu z Zarządem Towarzystwa :**

1. Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

Telefony \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mai: \_\_\_\_\_

2. Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

Telefony \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mai: \_\_\_\_\_

*/ miejscowość, data /*

*/ podpis, pieczęć /*

