

**COLLEGIUM MEDICUM**

**WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

**STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE:**

**\* PROMOCJI ZDROWIA / PIELĘGNIARSTWA NOWOCZESNEGO / SYMULACJI MEDYCZNYCH/ PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO / COSMEO /MŁODYCH POŁOŻNYCH**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*\* właściwe podkreślić*

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

Niniejszym deklaruję swoje członkostwo w Studenckim Kole Naukowymdziałającym przy Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Mazowieckiej w Płocku w roku akademickim …………../……………..

1. **Imię i nazwisko/ Nr albumu**

……………………………………………………………………………………………………….

1. **Kierunek studiów/ Rok studiów**

……………………………………………………………………………………………………….

1. **Studia licencjackie\* / Studia magisterskie\*** *(\*właściwe podkreślić)*
2. **Adres a-mail**

……………………………………………………………………………………………………….

1. **Tel. kontaktowy**

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………… …………………………………………………………

Data Podpis