



SPOŁECZNA AKADEMIA NAUK
WARSZAWA

**DEKLARACJA CZŁONKOWSTWA
W STUDENCKIM KOŁE NAUKOWYM
Instytutu Nauk o Zdrowiu Społecznej Akademii Nauk w Warszawie**

Ja, niżej podpisany(a).....
deklaruję chęć przystąpienia do Studenckiego Koła Naukowego Instytutu Nauk o Zdrowiu, działającego przy Społecznej Akademii Nauk w Warszawie. Potwierdzam, że zapoznałem(łam) się ze Statutem Koła Naukowego, znane są mi prawa i obowiązki członka i zobowiązuję się do aktywnej działalności w Kole Naukowym.

Dane osobowe:	
<i>Imię i nazwisko</i>	
<i>Adres zameldowania</i>	
<i>Adres do korespondencji</i>	
<i>Telefon kontaktowy</i>	
<i>E-mail</i>	
<i>Kierunek studiów</i>	
<i>Rok studiów</i>	

Warszawa, dnia.....

.....

Czytelny podpis