



POLSKIE TOWARZYSTWO HEPATOLOGICZNE

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

TAK, proszę o przyjęcie mnie w poczet członków
POLSKIEGO TOWARZYSTWA HEPATOLOGICZNEGO

NAZWISKO	
IMIĘ	
TYTUŁ NAUKOWY	
INSTYTUCJA	
ADRES	
TEL	
FAX	
E-MAIL	
ADRES DO KORESPONDENCJI	
DATA	PODPIS

(proszę wypełniać pismem drukowanym lub maszynowo)