

Sekcja Opieki Farmaceutycznej
Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego
Deklaracja członkowska

Proszę o przyjęcie w poczet członków Sekcji Opieki Farmaceutycznej.

Imię

Nazwisko

Miejsce pracy

Adres email

Telefon

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję regulamin Sekcji Opieki Farmaceutycznej PTFarm. Oświadczam, że jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego oddział w

Podpis wnioskodawcy

Imię i nazwisko, podpis członka wprowadzającego

Imię i nazwisko, podpis członka wprowadzającego

Potwierdzenie przyjęcia w poczet członków Sekcji Opieki Farmaceutycznej
Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

Przyjęto do Sekcji Opieki Farmaceutycznej PTFarm na posiedzeniu Zarządu Sekcji w dniu

Podpis Przewodniczącego Sekcji

Podpis członka Zarządu Sekcji