

OPOLSKIE STOWARZYSZENIE
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
OPERACYJNYCH

.....
(MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja niżej podpisana/ylegitymująca/y się dowodem
(IMIĘ I NAZWISKO)

osobistym..... zatrudniona/y.....
(SERIA I NUMER) (NAZWA I ADRES ZAKŁADU PRACY)

.....
deklaruję chęć przystąpienia do Opolskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych Operacyjnych
z siedzibą w Opolu przy ulicy Al. W. Witosa 26, 45 – 418 Opole, tel. kontaktowy: 774520385,
kom. 605530929. Jednocześnie deklaruję miesięczną składkę członkowską w wysokości 5 zł.

.....
(PODPIS)