

Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii
Rezygnacja z członkostwa



1. Imię i nazwisko _____
2. Adres zamieszkania _____
3. Adres korespondencyjny _____
4. Telefon kontaktowy _____
5. E-mail _____

Ja niżej podpisany(a) deklaruję wolę rezygnacji z członkostwa w Polskim Towarzystwie Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) - jednocześnie proszę o wykreślenie mnie z listy Członków.

miejsowość i data

podpis