**POLSKIE TOWARZYSTWO SUICYDOLOGICZNE**

**KARTA EWIDENCYJNA CZŁONKA PTS**

**Nazwisko i imię . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Tytuł i stopnie naukowe . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Adres do kontaktu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**telefon . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**DEKLARACJA**

Proszę o przyjęcie mnie do Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego

Oddział . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Statutu Towarzystwa i opłacania składek członkowskich.

 Data i podpis