

Studenckie Koło Naukowe  
Symulacji Medycznej Stanów Nagłych w Pielęgniarstwie

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA  
nr ...../2023/2024

Ja, niżej podpisany/a, proszę o przyjęcie mnie w charakterze członka do **Studenckiego Koła Naukowego Symulacji Medycznej Stanów Nagłych w Pielęgniarstwie** przy Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią Regulaminu SKN i zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.

Imię i nazwisko	
Rok/poziom studiów	
Nr indeksu	
Adres e-mail	
Nr tel. kontaktowego	

Głogów, dnia .....  
.....  
(czytelny podpis)

(wypełnia Zarząd SKN)

Uchwała Zarządu SKN

nr ...../2023/2024

Na podstawie *ust. 2 Regulaminu SKN Symulacji Medycznej Stanów Nagłych w Pielęgniarstwie* Zarząd SKN postanawia przyjąć/nie przyjąć Pana/Pani (właściwie zaznaczyć) w skład członków SKN.

Głogów, dnia .....  
.....  
.....  
(czytelne podpisy Zarządu SKN)