

## **Deklaracja członkowska**

**Nr ...../20....**

### **Koła Naukowego Studentów Fizjoterapii PSW im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie**

Zwracam się z prośbą o wpisanie mnie na listę członków Koła Naukowego Studentów Fizjoterapii, działającego w Instytucie Nauk o Zdrowiu Państwowej Szkoły Wyższej im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie.

#### **A. Dane personalne:**

Imię i nazwisko: .....

Nr indeksu: .....

Adres e-mail uczelni: .....

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Koła oraz akceptuję jego treść. Zobowiązuję się sumiennie wypełniać powierzone mi obowiązki i zadania związane z moim członkostwem w Kole.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis kandydata)

#### **B. PRZYZNANIE CZŁONKOSTWA (wypełnia Zarząd KNSF)**

Przyjęto do Koła Naukowego Studentów Fizjoterapii:

.....

(miejsowość, data)

.....

(Przewodniczący Koła)

.....

(Zastępca Przewodniczącego Koła)

.....

(Sekretarz Koła)

### C. PEŁNIONE FUNKCJE (wypełnia Zarząd KNSF)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### D. DZIAŁALNOŚĆ I OSIĄGNIĘCIA (wypełnia Zarząd KNSF)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### E. WYGAŚNIĘCIE CZŁONKOSTWA (wypełnia Zarząd KNSF)

Przyczyna skreślenia z listy członków Koła Naukowego Studentów Fizjoterapii:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(Przewodniczący KNSF)

### G. REZYGNACJA Z CZŁONKOSTWA (wypełnia członek KNSF)

Zwracam się z prośbą o skreślenie mnie z listy członków Koła Naukowego Studentów Fizjoterapii. Informuję, iż dobrowolnie oraz świadomie rezygnuję z dotychczas pełnionych funkcji i zadań związanych z działalnością Koła.

.....  
.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis członka KNSF)

.....  
(Przewodniczący Koła)

.....  
(Zastępca Przewodniczącego Koła)

.....  
(Sekretarz Koła)