

Gdańsk dnia:

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja niżej podpisany(a)
wyrażam pisemną chęć przystąpienia do
Pomorskiego Stowarzyszenia Chorych na Łuszczycę „ Fala Nadziei ”
i zobowiązuję się do regularnego płacenia składek.

.....
Data i podpis

.....
Prosimy o odcięcie podpisanej deklaracji i odesłanie na poniższy adres:

Pomorskie Centrum Traumatologii
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Mikołaja Kopernika
w Gdańsku
Oddział Dermatologii
80-101 Gdańsk
ul. Powstańców Warszawskich 1-2