



Małopolskie Stowarzyszenie  
Komitetów i Zespołów  
ds. Zakażeń Szpitalnych

## AKTUALIZACJA DANYCH OSOBOWYCH

### do DEKLARACJI WSTĄPIENIA DO MAŁOPOLSKIEGO STOWARZYSZENIA KOMITETÓW I ZESPOŁÓW DS. ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

**Członka Indywidualnego/Członka reprezentującego szpital lub instytucję**  
*(niepotrzebne skreślić)*

Ulega zmianie\*: nazwisko, adres, adres mail, tel. kontaktowy, adres miejsca pacy,  
specjalizacja, stopień naukowy, członek reprezentujący szpital lub instytucję lub jego dane

Wpisz poprzednią wersję:.....

#### Dane aktualne

Nazwisko ..... Imię .....

zawód .....stopień naukowy.....

specjalizacja .....

Adres do korespondencji: miejscowość .....

ul. .... nr.....kod pocztowy.....

Telefon kontaktowy.....e-mail .....

Miejsce pracy/Szpital lub Instytucja reprezentowane *(niepotrzebne skreślić)*

.....

miejscowość.....ul.....

nr.....kod pocztowy.....

data .....

.....

podpis członka

Aktualizacja w dniu.....

.....

Prezes Zarządu

\* zaznacz kółkiem, które dane ulegają zmianie