



STOWARZYSZENIE LEKARZY DOLNOŚLĄSKICH

Wrocław, dnia

Oświadczenie o rezygnacji z członkostwa w Stowarzyszeniu Lekarzy Dolnośląskich.

Imię nazwisko

Do Zarządu
Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich
we Wrocławiu

Niniejszym z dniem dzisiejszym tj. _____ składam rezygnację
z członkostwa w Stowarzyszeniu Lekarzy Dolnośląskich.

Czytelny podpis