



Sekcja Fitoterapii  
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO

**SEKCJI FITOTERAPII**  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

Instytut Włókien Naturalnych i Roślin  
Zielarskich - Państwowy Instytut Badawczy  
ul. Wojska Polskiego 71 B, 60-630 Poznań

1) IMIĘ I NAZWISKO
--------------------

2) ADRES ZAMIESZKANIA
-----------------------

3) TELEFON	E-mail:
------------	---------

4) TYTUŁ NAUKOWY I ZAWÓD WYKONYWANY
-------------------------------------

5) CZŁONEK	POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO	
	POLSKIEGO TOWARZYSTWA FARMACEUTYCZNEGO	
	POLSKIEGO KOMITETU ZIELARSKIEGO	

\*Prosimy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że jest mi znany Statut Sekcji Fitoterapii, deklaruję czynny udział w pracach Sekcji
<i>Data i podpis</i>

---

Stanowisko Zarządu Sekcji Fitoterapii w sprawie przyjęcia członka
<i>Data i podpis</i>