

Přihláška do Onkologické sekce při ČAVLMZ

jméno příjmení.....

bydliště

.....

pracoviště

.....

telefon e-mail

členské číslo KVL členské číslo ČAVLMZ

Svým podpisem stvrzuji souhlas se stanovami Onkologické sekce
při ČAVLMZ.

v dne

.....

podpis