

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Polskie Towarzystwo Leczenia Medycznymi Konopiami (PTLMK)

KRS 0000901677

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Leczenia Medycznymi Konopiami.

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze Statutem PTLMK i zobowiązuje się do jego przestrzegania.

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Miasto:

E-mail:

Telefon:

Zawód / rola:

Wypełnij deklarację prześlij na: kontakt@ptlmk.pl (skan/zdjęcie).

Data: _____

Podpis: _____