**Załącznik nr 1 do regulaminu RW Lekarskiego WUM**

**Deklaracja członkostwa w Radzie Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

**kadencja 2021-2024.**

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………..

Tytuł/stopień naukowy…………………………………………………………………………………………………

Jednostka Wydziału Lekarskiego…………………………………………………………………………………..

Data zgłoszenia deklaracji……………………………………………………………………………………………..

Czytelny podpis nauczyciela………………………………………………………………………………………….