….……………………………., dn. ………………………………………….

*………………………………………………………………………………………..*

*Imię i nazwisko*

*………………………………………………………………………………………..*

*Adres*

*………………………………………………………………………………………*

*Oddział/Sekcja*

 PREZYDIUM ZARZĄDU GŁÓWNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA HEMATOGÓW I TRANSFUZJOLOGÓW

**WNIOSEK O SKREŚLENIE Z LISTY CZŁONKÓW POLSKIEGO TOWARZYSTWA HEMATOLOGÓW I TRANSFUZJOLOGÓW**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………………………. (wpisać imię i nazwisko) wnoszę o skreślenie mnie z listy członków Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów w trybie przewidzianych § 18 ust. 1 pkt 1/ Statutu Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów.

………………………………………………………………………………………..

*data i własnoręczny podpis*