**Deklaracja rezygnacji z członkostwa w Polskim Towarzystwie Farmakologicznym**

Do:

**Zarząd Główny**

**Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego**

Ja niżej podpisany(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

deklaruję wolę rezygnacji z członkostwa w **Polskim Towarzystwie Farmakologicznym**

jednocześnie proszę o wykreślenie mnie z listy Członków.

Deklarację rezygnacji składam na ręce Przewodniczącego

Oddziału…………………………………….PTF, którego byłem członkiem.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 miejscowość / data czytelny podpis

**Zarząd Główny**

**Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego**

Pani/Pan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ został skreślony z

listy członków Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego

.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Przewodniczący ZG PTF Sekretarz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość, dnia