*Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich im. Bł. Ks. Jerzego Popiełuszki Zarząd Główny, 42-200 Częstochowa, Al. NMP 54*

***D E K L A R A C J A***nazwisko, imię .......................................................................................................................................... data i miejsce urodzenia .......................................................................................................................…………………miejsce zamieszkania ..........................................................................................................................................nr. tel...............................................mail.......................................................................... parafia .......................................................................................................................................... miejsce pracy/emeryt .......................................................................................................................................... tytuł, specjalność ..........................................................................................................................................

*Oświadczam, że zapoznałem(am) się ze Statutem Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich i zobowiązuje się przestrzegać zawartych w nim treści. Jednocześnie oświadczam, że znane mi są i zobowiązuję się do ich przestrzegania, wytyczne nauki Magisterium Kościoła Katolickiego, dotyczące godności osoby ludzkiej, wartości życia oraz sposobów jego przekazywania. Deklaruję chęć przystąpienia do Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.*

data, podpis.....................................................................................................................

członkowie wprowadzający
1. .....................................................................................................................................
2. .....................................................................................................................................
Duszpasterz Służby Zdrowia/inny Kapłan .........................................................................................................................................wniosek Zarządu Oddziału Wojewódzkiego .................................................................... ..........................................................................................................................................

decyzja Zarządu Głównego