|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Příjmení: | | | Jméno: |
| Tituly: |  | | |
| Datum narození: |  | Rodné číslo: | |
| Korespondenční adresa: |  | | |
| Telefon: |  | Mobilní telefon: | |
| Pracoviště: |  | | |
| Adresa: |  | | |
| Telefon: |  | Fax: | |
| E-mail: |  | | |

**Přihlašuji se za řádného člena. Souhlasím s posláním a cíli International Academy of Pathology.**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis žadatele

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**NEVYPLŇOVAT!**

**Stanovisko výboru české divize IAP:**

Přijat dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Razítko a podpis předsedy (sekretáře)

české divize IAP