|  |  |
| --- | --- |
| 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