



DS Karolek
ul. Rokietnicka 5E/2.15
60-806 Poznań

UNIWERSYTET MEDYCZYNY

IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
STUDENCKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE



e-mail: stn@ump.edu.pl
www.stn.ump.edu.pl

FORMULARZ REJESTRACYJNY STUDENCKIEGO KOŁA NAUKOWEGO

POZNAŃ, DNIA

NAZWA STUDENCKIEGO KOŁA NAUKOWEGO	
--	--

NAZWA KLINIKI / KATEDRY	
ADRES	
TELEFON	

1. DANE OPIEKUNA STUDENCKIEGO KOŁA NAUKOWEGO

TYTUŁ NAUKOWY		EMAIL	
IMIĘ I NAZWISKO		TELEFON	

2. DANE PRZEWODNICZĄCEGO STUDENCKIEGO KOŁA NAUKOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO		NUMER ALBUMU	
KIERUNEK STUDIÓW		EMAIL	
ROK		TELEFON	

Stwierdzam poprawność powyższych danych i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie dla celów STN UMP.
Znane mi są przepisy dotyczące organizacji Studenckich Kół Naukowych UMP.

PODPIS PRZEWODNICZĄCEGO SKN	PODPIS I PIECZĘĆ OPIEKUNA SKN

3. ZGODA KIEROWNIKA KATEDRY / KLINIKI NA ZAŁOŻENIE STUDENCKIEGO KOŁA NAUKOWEGO

PODPIS KIEROWNIKA KATEDRY / KLINIKI	PIECZĘĆ KATEDRY / KLINIKI