**Kraków, dn.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## Zarząd Towarzystwa Naukowego Studentów Wydziału Lekarskiego

## i Nauk o Zdrowiu

## Krakowskiej Akademii

## im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

**WNIOSEK O REJESTRACJE**

**NOWEGO STUDENCKIEGO KOŁA NAUKOWEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 INFORMACJE OGÓLNE | | |
| **1.1. Pełna nazwa SKN:** |  | |
| **1.2. Rok akademicki złożenia wniosku:** | | **/** |
| **1.3. Proponowany/Wyznaczony Opiekun SKN:** |  | |
| **1.4. Pełna nazwa Jednostki Organizacyjnej WLiNoZ KAAFM przy której ma działać SKN:** |  | |
| **1.5. Kierownik jednostki o jakiej mowa w pkt. 1.4.** |  | |
| **1.6. Czy Uzyskano zgodę Kierownika Jednostki Organizacyjnej WLiNoZ KAAFM przy której ma działać SKN na powstanie koła (jeżeli tak prosimy ją załączyć):** | | TAK / NIE |
| **2. INFORMACJE DODATKOWE** | | |
| **2.1. Dodatkowe wnioski lub uwagi Wnioskodawców oraz informacja o ewentualnych dołączonych załącznikach, informacje o Oddziałach i Szpitalach, na terenie których SKN ma działać (oraz informacja o zgodach Kierowników/Ordynatorów Oddziałów):** | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Lista Wnioskodawców | | | | |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **Kierunek studiów** | **Rok studiów** | **Podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

###### *Wniosek musi zostać podpisany przez minimum 3 studentów Wydziału!*