……………………………………….. …………………………….

 *(nazwisko i imię) (data)*

………………………………………..

 *(nr PWZ)*

Deklaracja

Deklaruję, że nadal pragnę otrzymywać papierową wersję Pomorskiego Magazynu Lekarskiego na mój adres korespondencyjny.

………………………………………..

(czytelny podpis, data)