**160025, г. Вологда, ул. Московская 2а**
**Областная общественная организация «Ассоциация врачей»**

# ЗАЯВЛЕНИЕ

**О вступлении в областную общественную организацию «Ассоциация врачей»**

1. Ф.И.О. (полностью) _____ __ _____
2. Год рождения _____ 3. Пол _____
4. Край, область, район _____ _____
5. Город, село _____ _ _____
6. Место работы (полное название) _____ _ _____
7. Должность _____8. Специальность _____
9. Ученая степень, звание, категория _ _____ _ _____
10. Являюсь членом профессиональной ассоциации (какой?) _____
11. Название Вуза, год окончания_____
12. Адрес: служебный _____ _____

    домашний _____ _____
13. Телефон: служебный _____ домашний_ _____
14. Факс, электронная почта:_____ _ _____
15. С Уставом ознакомлен, обязуюсь выполнять и регулярно платить членские взносы.
16. Согласен на обработку персональных данных.

**«___»_____20 __ г.** **Подпись**