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**