Президенту Ассоциации акушерских

анестезиологов-реаниматологов

Шифману Ефиму Муневичу

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт, выдан

,

код подразделения,

зарегистрирован:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о вступлении в Ассоциацию акушерских анестезиологов-реаниматологов**

Прошу принять меня, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в качестве члена Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов.

С текстом Устава Ассоциации ААР ознакомлен и согласен, положения Устава обязуюсь соблюдать и выполнять, нести предусмотренные в нем права и исполнять обязанности члена Ассоциации.

С размером вступительного и членского (ежеквартального) взносов в размере 100 рублей (ста рублей) 00 коп. согласен и обязуюсь своевременно выплачивать.

**Сведения о заявителе:**

1. ФИО
2. Паспорт, зарегистрирован:
3. Дата рождения: Место рождения:
4. Контактный телефон:, e-mail:
5. Образование:
6. Подтверждающий документ:

Достоверность информации и данных, указанных мною в настоящем Заявлении подтверждаю. Согласен на использование моих персонифицированных данных Ассоциацией в рамках ее Устава.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

дата

Получено

Президент Ассоциации ААР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.М. Шифман

дата