Президенту Ассоциации акушерских

анестезиологов-реаниматологов

Шифману Ефиму Муневичу

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации и ФИО директора)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в моем лице просит Вас принять

(наименование организации)

нашу организацию в качестве ассоциированного 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 взноса - 3000 рублей (три тысячи рублей) 00 коп. и ежегодного членского взноса - 2000 р. (две тысячи рублей) 00 коп. для ассоциативных членов согласен и обязуюсь своевременно выплачивать. К настоящему завлению прилагаю карточку организации.

**Сведения о руководителе организации (заявителе):**

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

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