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:
3. Адрес регистрации:
4. Дата рождения:
5. Контактный телефон:
6. E-mail:
7. Образование:
8. Место работы:

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

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

дата подпись ФИО

Оплатил вступительный взнос в размере 100 (ста) руб.

И ежегодный членский взнос в размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (сумма прописью)

Общая сумма\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) рублей

 (сумма прописью)

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

дата подпись ФИО

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

 подпись дата