Президенту Ассоциации акушерских

анестезиологов-реаниматологов

Шифману Ефиму Муневичу

**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 взноса в размере 100 (ста) рублей 00 коп. и ежегодного членского взносов в размере 200 рублей (двести рублей) 00 коп. согласен и обязуюсь своевременно оплачивать.

**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. 00 коп.

Оплатил ежегодный членский взнос в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сумма прописью)

Общая сумма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. 00 коп.

(сумма прописью)

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

дата подпись ФИО

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

Дата