

# ПОЛОЖЕНИЕ

## о членах Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов

1. Настоящее положение действует на основании пункта 5.1. Устава Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов (Далее – Ассоциация).
2. Настоящее положение вступает в силу со дня его утверждения Президентом Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов (Далее - Президент) и действует бессрочно.
3. Членство в Ассоциации является добровольным действием и подразделяется на простое и почётное. Почётный член Ассоциации освобождается от уплаты вступительного и членских взносов.
4. Приём новых членов осуществляется по истечении 15 дней, с момента получения сотрудником Ассоциации заявления от кандидата на вступление.
5. Заявление на вступление может быть передано лично или отправлено по электронной почте в формате PDF на адрес, указанный в разделе контакты официального сайта Ассоциации. В случае отправки заявления по электронной почте, кандидат обязан приложить документ, подтверждающий оплату вступительного и ежегодного членского взноса.
6. Форма заявления разрабатывается и утверждается Президентом (Приложение № 1 к настоящему положению).
7. Заявление заполняется кандидатом собственноручно, с обязательным заполнением всех строк. Заявления, заполненные неразборчиво, с пропусками, без указания электронной почты не подлежат рассмотрению Президентом.
8. Ассоциация обязуется не разглашать сведения, указанные в заявлении третьим лицам.
9. Кандидат в члены Ассоциации, является принятым, с момента получения им на адрес электронной почты, указанной в заявлении логина и пароля, для доступа к ресурсам официального сайта Ассоциации.
10. В случае личной подачи заявления о вступлении, вновь вступившему члену, выдаётся удостоверение члена Ассоциации.
11. Член Ассоциации имеет право на приоритетное получение:
  - 11.1. онлайн-журнала «Вестник акушерской анестезиологии»;
  - 11.2. новостных писем;
  - 11.3. сборника Клинических рекомендаций. Протоколов лечения;
  - 11.4. сниженного регистрационного взноса на мероприятия, проводимые Ассоциацией.
12. Приоритетным каналом связи Ассоциации и её членов, является электронная почта. Независимо от страны проживания члена Ассоциации переписка может вестись только на русском и английском языках. В случае изменения адреса электронной почты, член Ассоциации, обязан предоставить новый адрес в течение месяца, с момента смены или утери текущего адреса.
13. Приостановка членства в Ассоциации, осуществляется автоматически в первый день просрочки членского взноса, при этом блокируется доступ пользователя к материалам официального сайта Ассоциации.
14. Прекращение членства в Ассоциации возможно путем личного волеизъявления или по решению президента Ассоциации.
15. Прекращение членства в Ассоциации осуществляется на основании письменного заявления в течение 5 рабочих дней, с момента получения Ассоциацией такого заявления. В случае прекращения членства по решению Президента срок выхода составляет 1 календарный день.

Президент

Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов

Е.М. Шифман

Приложение №1 к  
Положению о членах Ассоциации

Президенту Ассоциации акушерских  
анестезиологов-реаниматологов  
Шифману Ефиму Муновичу

**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 рублей (ста рублей) 00 коп. и ежегодного членского взноса 500 рублей (пятьсот рублей) 00 коп. согласен и обязуюсь своевременно выплачивать.

**Сведения о заявителе:**

1. ФИО: \_\_\_\_\_
2. Дата рождения: \_\_\_\_\_
3. Адрес регистрации: \_\_\_\_\_
4. Контактный телефон: \_\_\_\_\_
5. E-mail: \_\_\_\_\_
6. Образование: \_\_\_\_\_
7. Место работы: \_\_\_\_\_
8. Специальность: \_\_\_\_\_

Достоверность информации и данных, указанных мною в настоящем заявлении, подтверждаю. Выражаю своё согласие на обработку моих персональных данных (в соответствии с № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006).

Оплатил вступительный взнос в размере 100 (ста) руб.

(сумма прописью)

Общая сумма: \_\_\_\_\_ руб. ( \_\_\_\_\_ ) рублей.

(сумма прописью)

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

(дата)

(подпись)

(ФИО)

Президент Ассоциации ААР \_\_\_\_\_ Е.М. Шифман \_\_\_\_\_  
(подпись) (дата)

To the President of Russian obstetrical anaesthesiologists and intensivists association

Efim Schifman

Application for membership

to Russian obstetrical anaesthesiologists and intensivists association

I \_\_\_\_\_ want to become a member of Russian obstetrical anaesthesiologists and intensivists association. I agree with articles of association and I promise to follow them having all rights and responsibility of Association member.

I agree with the membership fee (100 rubles) and annual fee (500 rubles). And I promise to pay that fee.

Information about applicant

1. First name and last name \_\_\_\_\_
2. Date of birth \_\_\_\_\_
3. Address \_\_\_\_\_
4. Phone \_\_\_\_\_
5. E-mail \_\_\_\_\_
6. Education \_\_\_\_\_
7. Place of employment \_\_\_\_\_
8. Profession \_\_\_\_\_

I confirm that all data that I wrote here is true and I give my consent to the processing of my personal data (according to Federal law № 152-FZ «About personal data» issued 27 July 2006)

\_\_\_\_\_  
Date                      Signature                      Name

Enter membership is payed (100 rub)

Annual membership fee \_\_\_\_\_

(Amount in words)

Whole amount \_\_\_\_\_ (rub) Amount in words \_\_\_\_\_ (rub)

\_\_\_\_\_  
Date                      Signature                      Name

President of ROAIA \_\_\_\_\_ Efim Shifman \_\_\_\_\_  
Signature                      Date