Президенту КРОО ПАМСК Дружининой Т. В.

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. служебный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. домашний\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

прошу принять меня в члены Кемеровской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса».

С Уставом ознакомлен (а), обязуюсь выполнять его положения, регулярно оплачивать членские взносы.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата регистрации

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

№\_\_\_\_\_\_\_\_удостоверения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись руководителя отделения