

Представление на ключевого члена ВРООССД

_____ (название учреждения)

1. ФИО (полностью) _____
2. Должность _____
3. Место работы _____
(отделение, учреждение здравоохранения)
4. Служебный адрес _____
(индекс, город, улица, дом)
5. Домашний адрес _____
(индекс, город, улица, дом, квартира)
6. Член ВРООССД _____
(№ удостоверения, от какого числа)
7. Дата рождения _____
8. Образование _____

_____ (название учебного заведения, год окончания, специальность)

9. Общий стаж работы _____
10. Стаж работы в занимаемой должности _____
11. Квалификационная категория _____
(специальность, дата присвоения)
12. Сертификат _____
(специальность, дата получения)
13. Владеет ли работой на компьютере? _____
14. Телефон рабочий _____
(код города, номер телефона)
15. Факс рабочий _____
(код города, номер телефона)
16. Телефон домашний _____
(код города, номер телефона)
17. Номер мобильного телефона _____
18. E-mail _____

Кандидатура ключевого члена избрана на общем собрании членов

_____ (название учреждения, дата)

За - _____ человек

Против - _____ человек

Воздержалось - _____ человек

Секретарь собрания _____

**Руководитель отделения,
главная медицинская сестра _____**