**В Правление**

**Новгородской областной общественной организации**

**«Ассоциация средних медицинских работников «Волхова»**

 от

## Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения

Почтовый индекс

Домашний адрес

*(город, поселок, улица, № дома, квартира)*

Место работы

*(должность, отделение, наименование*

*медицинской организации)*

Телефон служебный

Телефон домашний

### Заявление.

Прошу принять меня в члены Новгородской областной общественной организации «Ассоциация средних медицинских работников «Волхова», с уставом ознакомлен (а).

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

 Дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 № удостоверения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись секретаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_