Вице президенту

Медицинской ассоциации

Хабаровского края

Васильевой М.М.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

звание/степень\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявление.

Прошу принять меня в члены Медицинской ассоциации Хабаровского края. С Уставом ассоциации ознакомлен(а) и обязуюсь выполнять.

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

E-mail. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(дата)

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

(подпись)