



АССОЦИАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Президенту СРОО
«Ассоциация стоматологов
Саратовской области»

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ В ЧЛЕНЫ АССОЦИАЦИИ

Я, _____
(ФИО)

Прошу Вас рассмотреть возможность вступления в члены СРОО «Ассоциация стоматологов Саратовской области».

Обязуюсь выполнять требования Устава и решений СРОО «Ассоциация стоматологов Саратовской области»

Гарантирую своевременную оплату вступительного взноса.

РЕКВИЗИТЫ

Дата рождения: _____

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____ кем выдан _____ дата выдачи _____ код подразделения _____

Адрес проживания: _____ индекс _____ адрес _____

Место работы: _____

Должность: _____

Образование: _____

Контакты: _____ тел.рабочий _____ тел.мобильный _____ e-mail _____

В связи с вышеизложенным даю разрешение на обработку персональной информации и использование ее в Уставных целях Ассоциации.

_____/ _____ /
подпись

« _____ » _____ 20 _____ г.

АНКЕТА

Полное наименование учреждения, в котором Вы работаете: _____ _____	Ученая степень, звание: _____ _____
Организационно- правовая форма Вашего учреждения: _____ _____	_____ день, месяц, год рождения _____
Улица, дом: _____	_____ пол _____
Город: _____	Укажите, куда Вы предпочитаете, чтобы Вам присылали почту: _____
Область: _____	_____ в офис _____ домой
Почтовый индекс: _____	_____ ФИО супруга
Телефон: _____	Ваш супруг стоматолог: _____
Факс: _____	_____ да _____ нет
_____ Домашний адрес	
Улица, дом: _____	
Город: _____	
Область: _____	
Республика: _____	
Почтовый индекс: _____	
Телефон: _____	
Факс: _____	
Профильное учреждение, которое Вы закончили: _____ _____	
Дата окончания: _____	
Ваша специальность: _____	
Усовершенствование: _____	

В связи с вышеизложенным даю разрешение на обработку персональной информации и использование ее в Уставных целях Ассоциации.

_____/ _____ /
подпись
« _____ » _____ 20 _____ г.
дата заполнения