



Асоціація медичних працівників Донеччини

85300, Донецька область, м. Покровськ, вул. Руднева, 73
тел. +38(066)808-32-69
Web: amwd.com.ua
E-mail: amwd@ukr.net

**Голові Асоціації медичних працівників
Донеччини
Шутько С.Л.**

З А Я В А

Я, _____ (лікар, медична сестра, фельдшер,
лаборант...) _____

(ПІБ)

_____ ріку народження, який працює у _____

(місце роботи)

прошу прийняти мене у члени Асоціації медичних працівників Донеччини.

Зі Статутом Асоціації ознайомлений, зобов'язуюсь дотримуватися його вимог, своєчасно та в повному обсязі сплачувати членські внески.

До цієї заяви додаються:

- копії паспортних даних та ідентифікаційного коду;
- анкета члена Асоціації медичних працівників Донеччини;
- згода на збір та обробку персональних даних.

« _____ » _____ 20__ р.

_____ (підпис)



Асоціація медичних працівників Донеччини

85300, Донецька область, м. Покровськ, вул. Руднева, 73
тел. +38(066)808-32-69
Web: amwd.com.ua
E-mail: amwd@ukr.net