

ЗАЯВЛЕНИЕ (заполняется печатными буквами)

Я

Фамилия

Имя

Отчество

дата рождения / /
ДД ММ ГГ

проживающий (ая) по адресу:

субъект РФ

район

город / населенный пункт

улица

дом, корпус, квартира
дом корпус квартира

работающий (ая)
(место работы)

в должности

специальность 1

дата выдачи сертификата или свидетельства об аккредитации / /
ДД ММ ГГ

специальность 2

дата выдачи сертификата или свидетельства об аккредитации / /
ДД ММ ГГ

специальность 3

дата выдачи сертификата или свидетельства об аккредитации / /
ДД ММ ГГ

специальность 4

дата выдачи сертификата или свидетельства об аккредитации / /
ДД ММ ГГ

специальность 5

дата выдачи сертификата или свидетельства об аккредитации / /
ДД ММ ГГ

контактный телефон

e-mail (ЛИЧНЫЙ)

прошу принять меня в члены Медицинской ассоциации Архангельской области. С уставом Медицинской ассоциации Архангельской области ознакомлен (а) и обязуюсь выполнять.

подпись

дата / /
ДД ММ ГГ

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я (ФИО) _____

на обработку (сбор, накопление, систематизация, хранение, уточнение) своих персональных данных (ФИО, дата рождения, адрес регистрации, место работы, должность и др.) даю согласие

подпись _____

дата / /
ДД ММ ГГ