В РЕГИОНАЛЬНУЮ ОБЩЕСТВЕННУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ

«ВРАЧИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА»

От

(фамилия)

(имя)

(отчество)

Дата рождения

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в члены Региональной общественной организации «Врачи Санкт-Петербурга»

Место работы

Должность

Специальность

Стаж работы врачом* **Стаж работы по специальности***

Квалификационная категория (отметить): нет вторая первая высшая

Ученая степень (отметить): нет к.м.н. д.м.н.

Ученое звание (отметить): нет доцент профессор член-корреспондент академик

Телефон:+7

E-mail:

Членство в других профессиональных общественных объединениях (отметить):

нет да (*если да, перечислите их в строках ниже*)

Вступая в РОО «Врачи Санкт-Петербурга» я соглашаюсь с обработкой своих персональных данных.

Дата: ____._____._20____г. **Подпись:**_____

Решением Совета Организации от _____ 20 _____ года, протокол №_____
Принят (а) в члены Региональной общественной организации
«Врачи Санкт-Петербурга» **(заполняется Секретарём Совета Организации)**

* Поля, не обязательные для заполнения