

З А Я В Л Е Н И Е

Я, _____
прошу принять меня в члены Белорусского медицинского общественного
объединения «Репродуктивное здоровье». Обязуюсь выполнять требования устава,
оплату членских взносов гарантирую.

О себе сообщаю следующие сведения:

* Место работы _____

* Адрес места работы: _____

* Специальность _____

* Должность _____

Звание _____, ученая степень _____

Рабочий телефон _____

* Мобильный телефон _____

* E-mail _____@_____

* Паспорт _____, выдан _____
_____ «_____» _____ г.

* Дата рождения: день _____ месяц _____ год _____

Домашний адрес _____

Домашний телефон _____

Дата

Подпись

* поля обязательные для заполнения