АССОЦИАЦИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

ПРОШУ ПРИНЯТЬ МЕНЯ В ЧЛЕНЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ “АССОЦИАЦИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ”

ФИО _____ Д Р _____

МЕСТО РАБОТЫ _____

ОТДЕЛЕНИЕ _____

ДОЛЖНОСТЬ _____

СТАЖ РАБОТЫ _____

ДОМАШНИЙ АДРЕС _____

СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН _____

ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА _____

ДАТА _____ ПОДПИСЬ _____

“УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!
МЫ, АССОЦИАЦИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ОЧЕНЬ РАДЫ ТОМУ, ЧТО ВЫ СДЕЛАЛИ ПЕРВЫЙ ШАГ К ОБЪЕДИНЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА!”