

ЗАЯВЛЕНИЕ

(заполняется печатными буквами, все поля обязательны для заполнения, сокращения не допускаются)

**Прошу принять меня в члены Общественной организации
«Пермская региональная ассоциация стоматологов»**

ФИО:	
Дата рождения:	Гражданство:
Контактный номер телефона мобильный:	
Контактный номер телефона рабочий:	
Адрес электронной почты (e-mail):	
Место работы:	
Занимаемая должность:	
Ученая степень, звание:	
Образование (наименование ВУЗа/СУЗа):	
Год окончания (поступления для студентов/ординаторов):	
Специальность по аккредитации:	

С Уставом и Порядком оплаты членских взносов ОО «ПРАС» ознакомлен. Обязуюсь участвовать в деятельности Ассоциации, выполнять решения руководящих органов Ассоциации, а также регулярно платить членские взносы в размере и сроки, определяемые Ассоциацией.

В соответствии п.4 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие оператору – «Общественная организация «Пермская региональная ассоциация стоматологов» на обработку моих персональных данных.

ФИО:	Дата:	Подпись:
------	-------	----------

Решением Правления ОО «ПРАС» от «___» 20__ года, протокол
№_____ принят(а) в члены Общественной организации «Пермская региональная
ассоциация стоматологов», присвоен личный идентификационный номер_____

ОО «ПРАС»	Подпись:	
-----------	----------	--