

Председателю правления НРОО АВПФО

Кольчик Ольге Владимировне

От: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять меня в члены Нижегородской региональной общественной организации «Ассоциация врачей Приволжского федерального округа». С уставом, правами и обязанностями члена ознакомлен (а). Обязуюсь, в рамках членства в организации, действовать исключительно в ее интересах.

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись/расшифровка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**АНКЕТА**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО |  |
| Дата рождения |  |
| Специальность |  |
| Место работы |  |
| Должность |  |
| Ученое звание, степень |  |
| Мобильный телефон |  |
| E-mail |  |

Я даю согласие на обработку и передачу персональных данных в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 г. №152-РФ «О персональныйх данных»

Подпись/расшифровка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_