Президенту

Медицинской ассоциации

Хабаровского края

Пятко В.Э.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

звание/степень\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявление.

            Прошу принять меня в члены Медицинской ассоциации Хабаровского края. С Уставом ассоциации ознакомлен(а) и обязуюсь выполнять.

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

              (дата)

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

          (подпись)