В ПРЕЗИДИУМ
НЕКОММЕРЧЕСКОГО ПАРТНЕРСТВА
«МОСКОВСКОЕ ОБЩЕСТВО
АКУШЕРОВ – ГИНЕКОЛОГОВ»

от _____
(фамилия, имя отчество)

_____

паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

_____ Дата выдачи ____. ____. _____ г.

Код подразделения _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу принять меня в члены Некоммерческого партнерства «Московское общество акушеров – гинекологов» (НП «МОАГ»).

Настоящим подтверждаю, что разделяю цели НП «МОАГ» и желаю принимать участие в их реализации, а также обязуюсь выполнять положения Устава и решения органов управления НП «МОАГ».

Даю своё согласие на использование НП «МОАГ» моих персональных данных, предоставленных в прилагаемой анкете.

_____ (подпись)

Дата поступления _____. _____. 20____ г.

Решение Президиума Некоммерческого партнерства «МОСКОВСКОЕ ОБЩЕСТВО АКУШЕРОВ – ГИНЕКОЛОГОВ»

Протокол № _____ от _____. _____. 20____ г.