

Президенту
ОРОО «Омская профессиональная
сестринская ассоциация»
Зориной Т. А.
от

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Почтовый индекс _____

Домашний адрес _____

(город, поселок, улица, № дома, квартира)

Место работы _____

*(должность, отделение, наименование
медицинской организации)*

Должностной оклад (руб.) _____

Телефон мобильный _____

Личный Email: _____

Заявление.

Прошу принять меня в члены ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация», с уставом ознакомлен (а), и считать членом Ассоциации медицинских сестер России.

Дата _____

Подпись _____

Дата регистрации _____

№ удостоверения _____

Подпись секретаря _____