

**Ведомость вступительных членских взносов**  
**сестринского персонала \_\_\_\_\_**  
*(наименование медицинской организации)*

**в Омскую профессиональную сестринскую ассоциацию,  
коллективного члена Ассоциации медицинских сестер России**

<b>№ п/п</b>	<b>ФИО (полностью)</b>	<b>Должность,</b>	<b>Дата подачи заявления</b>	<b>Вступительный членский взнос, сумма</b>	<b>Роспись</b>
1					
2					
3					

Сумма прописью:

Дата сдачи:

Роспись сдавшего:

Роспись принявшего:

**Примечание**

Список составляется по алфавиту

