

АССОЦИАЦИЯ "ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ДЕТСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И ХИРУРГИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ" ОГРН 1237700259686 123182, г.Москва, Волоколамское ш., 30, корп.2, комн.522

Президенту Ассоциации «Общество специалистов по детской оториноларингологии и хирургии головы и шеи» профессору А.С.Юнусову

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

(ФИО)

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

 (паспорт, серия, номер

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

 кем и когда выдан (должность)

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

место и адрес регистрации) (место и адрес работы)

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

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

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

 (контактный телефон и адрес электронной почты)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять меня в число членов Ассоциации «Общество специалистов по детской оториноларингологии и хирургии головы и шеи» (далее «Ассоциация»). Признаю Устав Ассоциации, с положением о членстве в Ассоциации ознакомлен и согласен, с целями, задачами, правами и обязанностями в рамках членства в Ассоциации согласен. Обязуюсь соблюдать сроки и обязательства по уплате вступительного и членских взносов Ассоциации.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_