



РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР, ГОРОД МОСКВА

ЗАЯВЛЕНИЕ*

О ВСТУПЛЕНИИ В РОО МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР Г. МОСКВА, КОТОРАЯ ВХОДИТ В СОСТАВ И ЯВЛЯЕТСЯ КОЛЛЕКТИВНЫМ ЧЛЕНОМ РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Год рождения _____

Место работы _____

Отделение _____

Должность _____

Специальность _____

Образование, год окончания училища, колледжа, ВУЗа _____

Тел. мобильный) _____

E-mail (электронная почта) _____

**Прошу принять меня в члены РОО медицинских сестер г. Москва.
С Уставом ознакомлена и согласна.**

Дата _____ Подпись _____

Дата регистрации _____

№ удостоверения _____

Согласен (согласна) с обработкой моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152 ФЗ «О персональных данных»

(подпись)

*Заявление заполняется печатными буквами.