

Заявление

о вступлении в Стоматологическую Ассоциацию Калининградской Области

Прошу принять меня в члены Стоматологической Ассоциации Калининградской Области. С Уставом Ассоциации и Кодексом профессиональной этики ознакомлен и обязуюсь выполнять.

«__» _____ г.

Подпись _____

Для более эффективного двухстороннего общения с Вами просим заполнить все графы прилагаемой анкеты:

Фамилия _____ Имя _____

Отчество _____ Дата рождения _____

Наименование учреждения, в котором Вы работаете _____

Организационно-правовая форма Вашего учреждения _____

Юридический адрес учреждения, в котором Вы работаете _____

_____ (город, улица, дом, почтовый индекс)

телефон _____ Факс _____ e-mail _____

домашний адрес _____

_____ (город, улица, дом, почтовый индекс)

телефон _____ e-mail _____

Специальное учебное заведение, которое Вы окончили _____

Дата окончания _____

Ваша специализация _____

Ваше усовершенствование _____

Дата и место последнего усовершенствования _____

Ваша квалификационная категория _____

Учёная степень, звание _____

РЕШЕНИЕ

о принятии в члены Ассоциации

принят(а) в члены Стоматологической Ассоциации Калининградской Области
решением Совета САКО № _____ от «__» _____ г., присвоен личный
идентификационный номер _____

Президент Стоматологической Ассоциации
Калининградской Области

(подпись)

Секретарь Стоматологической Ассоциации
Калининградской Области

(подпись)