

Председателю некоммерческого
партнерства «Ассоциация работников
службы скорой медицинской помощи
и медицины катастроф Свердловской
области» В.П. Попову
от _____

место работы, должность: _____

домашний адрес: _____

контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в Некоммерческое Партнерство «Ассоциация работников службы скорой медицинской помощи и медицины катастроф Свердловской области». Согласен с целями и задачами Партнерства, признаю Устав Ассоциации и обязуюсь соблюдать сроки и обязательства по уплате вступительного и членских взносов.

(подпись)

(дата)