

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)