

ДЛЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ

Председателю Правления
Национальной Ассоциации Интегративной Медицины

Заявление о вступлении

(ФИО полностью)

просит принять в члены Ассоциации.

С текстом Устава и внутренними документами Ассоциации ознакомлен и обязуюсь соблюдать.

1. Дата и место рождения _____

2. Место работы _____

Должность _____

Сфера деятельности _____

3. Гражданство _____

4. Данные документа, удостоверяющего личность

Вид документа паспорт:

Серия Номер Дата выдачи _____

Кем выдан _____

Код подразделения _____

5. Адрес места жительства (при отсутствии указывается место пребывания):

Почтовый индекс _____

Субъект (Регион) _____

Город, населенный пункт _____

Улица (проспект, переулок и т.д.) _____

Номер дома Корп. (стр.) Квартира _____

6. Контактные данные

Номер телефона _____

Адрес электронной почты _____

« ____ » _____ 202__ г.

(подпись) И.О. Фамилия