

**В Ростовскую областную общественную  
организацию «Врачебная палата»**

От гражданина РФ \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Проживающего (ей) по адресу (место постоянной регистрации):

Индекс \_\_\_\_\_ Область \_\_\_\_\_

Район \_\_\_\_\_

Город, посёлок, село \_\_\_\_\_

Улица, проспект, переулок \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ Корпус \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_

Паспорт: Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять меня в члены Ростовской областной общественной организации  
«Врачебная палата»

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Контактные телефоны:

Домашний \_\_\_\_\_

Рабочий \_\_\_\_\_

Мобильный \_\_\_\_\_

Образование:

Среднее специальное \_\_\_\_\_, Высшее \_\_\_\_\_

Учёная степень:

Кандидата наук \_\_\_\_\_ Доктора наук \_\_\_\_\_

Доцент \_\_\_\_\_ Профессор \_\_\_\_\_ Академик \_\_\_\_\_

Государственные награды, почётные звания \_\_\_\_\_

Место работы и должность \_\_\_\_\_

Сфера деятельности: Здравоохранение \_\_\_\_, Наука \_\_\_\_, Образование \_\_\_\_,  
Госслужба \_\_\_\_, Органы власти \_\_\_\_, Прочее \_\_\_\_.

**Принят(а) в члены РООО «Врачебная палата»**

Решением \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Протокол № \_\_\_\_\_