

**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 \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Номер СНИЛС \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Контактные телефоны:

Домашний \_\_\_\_\_ Рабочий \_\_\_\_\_

Мобильный \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Образование:

Высшее (наименование вуза и год окончания) \_\_\_\_\_

Учёная степень: Кандидата наук \_\_\_\_\_ Доктора наук \_\_\_\_\_

Учёное звание: Доцент \_\_\_\_\_ Профессор \_\_\_\_\_

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

Основное место работы (полное наименование) и должность \_\_\_\_\_

Основная специальность \_\_\_\_\_

Квалификационная категория (при наличии) \_\_\_\_\_

Сфера деятельности: Здравоохранение \_\_\_\_, Наука \_\_\_\_, Образование \_\_\_\_, Прочее \_\_\_\_.

Я, \_\_\_\_\_, даю своё согласие на обработку моих  
персональных данных, а также на хранение данных на электронных носителях.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному  
заявлению.

\_\_\_\_\_  
подпись, дата