Анкета

кандидата в члены (члена)

МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ И КОЛЬПОСКОПИИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия | |  |
| Имя | |  |
| Отчество | |  |
| Стаж работы по специальности «акушерство и гинекология» (лет) | |  |
| Место постоянной работы (название ЛПУ без сокращений) | |  |
| Занимаемая должность | |  |
| Адрес члена МООО СПШМ и К для рассылки почтовой корреспонденции (с почтовым индексом): | |  |
| Контактный телефон (служебный) | |  |
| Контактный телефон (мобильный) | |  |
| E-mail для рассылки корреспонденции | 1 |  |
| 2 |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Заполнив Анкету:

1. Я ознакомился (ась) с Уставом Московской областной общественной организации Специалистов по патологии шейки матки и кольпоскопии и даю добровольное согласие на вступление в её члены;
2. Я даю согласие на обработку персональных данных;
3. Поставлен(на) в известность о необходимости уплаты: вступительного взноса (500 рублей) в члены МООО СПШМ и К и текущего взноса (500 рублей) за 2016 год.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года (подпись)

Выдано свидетельство о вступлении в МООО СПШМ и К № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_