



НАЦИОНАЛЬНАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ

194291, Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4
тел.: 8 (812) 316-2256, факс: 8 (812) 316-7911
www.nmaoru.org e-mail: info@nmaoru.org

В Национальную медицинскую ассоциацию
оториноларингологов от:

_____	_____
(паспорт, серия, номер,	(ФИО)
_____	_____
кем и когда выдан,	(должность)
_____	_____
место и адрес регистрации)	(место и адрес работы)
_____	_____
	(контактный телефон и электронная почта)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в число членов Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов (далее НМАО). Признаю Устав НМАО, с положением о членстве в НМАО ознакомлен и согласен, с целями, задачами, правами и обязанностями в рамках членства в НМАО согласен. Обязуюсь соблюдать сроки и обязательства по уплате вступительного и членских взносов НМАО.

(подпись)

(дата)