

**В ОБЩЕСТВЕННУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ**  
**«Стоматологическая ассоциация Санкт-Петербурга»**

г. Санкт-Петербург

От \_\_\_\_\_  
(фамилия)

\_\_\_\_\_ (имя)

\_\_\_\_\_ (отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_ (число) \_\_\_\_\_ (месяц) \_\_\_\_\_ (год)

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (e-mail)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

(заполняется печатными буквами, все поля обязательны для заполнения, сокращения не допускаются)

**прошу принять меня в члены общественной организации**  
**«Стоматологическая ассоциация Санкт-Петербурга»**

**Место работы** \_\_\_\_\_

**Должность** \_\_\_\_\_

**Специальность** \_\_\_\_\_

**Год окончания ВУЗа** \_\_\_\_\_

**Стаж работы по специальности** \_\_\_\_\_

**Квалификационная категория** (отметить знаком +):

\_\_\_\_\_ (отсутствует)      \_\_\_\_\_ (вторая)      \_\_\_\_\_ (первая)      \_\_\_\_\_ (высшая)

**Ученая степень, звание** (отметить знаком +):

\_\_\_\_\_ (нет)    \_\_\_\_\_ (к.м.н.)    \_\_\_\_\_ (д.м.н.)    \_\_\_\_\_ (доцент)    \_\_\_\_\_ (профессор)    \_\_\_\_\_ (академик)

**Членство в других профессиональных общественных объединениях** (отметить знаком +):

\_\_\_\_\_ (нет)    \_\_\_\_\_ (да)    \_\_\_\_\_ (наименование)

**Оформление членской карты** (отметить знаком +): \_\_\_\_\_ (да) \_\_\_\_\_ (нет)

Даю свое согласие на обработку персональных данных

Даю свое согласие на публикацию в открытом доступе:

ФИО     Специальность     Место работы     Публикацию не разрешаю

**Дата** \_\_\_\_\_ **20**\_\_ г.      **Подпись** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

**С Уставом СтАСПб ознакомлен(а), обязуюсь выполнять** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Решением Совета Организации от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, протокол № \_\_\_\_\_ принят (а) в члены общественной организации «Стоматологическая ассоциация Санкт-Петербурга»

(заполняется Секретарём Совета ассоциации)