

В Сибирскую межрегиональную
ассоциацию работников системы
среднего профессионального
медицинского образования

(Ф. И. О.)

(Название образовательного учреждения, должность, подразделение)

Заявление

Прошу принять меня в члены Сибирской межрегиональной ассоциации работников системы среднего профессионального медицинского образования.

С положением Устава ознакомлен(а) и признаю его.

Дата

подпись