

Правлінню
громадської організації
«Західноукраїнська Академія Педіатрії»

лікаря/інтерна/студента/медичної сестри

необхідне підкреслити

(назва лікувального закладу)

_____,
(П.І.Б.)

що проживає за адресою:

ЗАЯВА

Прошу прийняти мене до громадської організації

(надалі за текстом – організація).

Зі змістом Статуту та внутрішніх нормативних Положень організації ознайомлений, їх визнаю і зобов'язуюсь їх виконувати.

Підтверджую, що вся надана мною інформація у додатку до цієї заяви є достовірною.

Надаю згоду на використання даної інформації відповідно до мети та завдань, викладених у Статуті, та на обробку моїх персональних даних, а також їх подальшого використання згідно Закону України «Про захист персональних даних».

Із членством в ГС «Західноукраїнська Академія Педіатрії» та наданням моїх особистих даних до загального реєстру членів згідний(на).

У випадку, якщо за 30 календарних днів до спливу строку (терміну) мого членства в організації мною не буде заявлено про вихід із складу членів ГО у зазначений термін (строк) спливу мого членства, то таке членство вважається пролонгованим автоматично на один або два календарних роки, в залежності від розміру членського внеску. Кількість пролонгацій є необмеженою. Разом із пролонгацією членства підтверджую свою згоду із можливими змінами та/або доповненнями до Статуту та внутрішніх документів спілки за умови належного інформування про такі зміни.

«__» _____ 20__ р.

(особистий підпис)

Контактний телефон: _____

Контактний e-mail: _____