|  |
| --- |
| **Президенту Громадської організації****«ТОВАРИСТВО ВІТРЕОРЕТИНАЛЬНИХ ХІРУРГІВ УКРАЇНИ»***Уманцю Миколі Миколайовичу* |
|  |
| *прізвище, ім’я, по батькові заявника* |
|  |
| *адреса проживання* |
|  |
| *контактний номер телефону* |
|  |
| *реквізити паспорта (серія, номер)* |
|  |
| *орган видачі і дата видачі* |
|  |
| *індивідуальний податковий номер* |

**ЗАЯВА**

Прошу Вас прийняти мене в дійсні/асоційовані *(обрати)* члени Громадської організації «**ТОВАРИСТВО ВІТРЕОРЕТИНАЛЬНИХ ХІРУРГІВ УКРАЇНИ**».

Своїм підписом підтверджую, що вся надана мною інформація є достовірною.

Зі змістом Статуту та внутрішніх нормативних Положень Громадської організації ознайомлена і зобов’язуюсь їх виконувати, а також вчасно сплачувати членські внески, передбачені Статутом Громадської організації.

Своїм підписом я також підтверджую взяте на себе зобов’язання щодо сплати вступного членського внеску протягом 7 (семи) днів з дати заповнення цієї заяви.

|  |  |
| --- | --- |
| « » червня 2024 року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| */дата заповнення/ /підпис/* | */прізвище, ініціали/* |