

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ЧЛЕНСТВО

в Асоциацията на българските медицински сестри (АБМС)

от _____,
/име, презиме, фамилия/

имейл: _____, тел.: _____,

образование/квалификация: _____,

месторабота: _____.

Член ли сте на БАПЗГ? ДА НЕ

ДЕКЛАРАЦИЯ

Взех решението доброволно. Запознат(а) съм с Устава на АБМС, ще подкрепям активно дейността на асоциацията и редовно ще плащам членския си внос.

Дата: _____

Град: _____ Подпис: _____