



## АССОЦИАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ МОСКВЫ

127299 Российская Федерация, г.Москва  
ул. Приорова - 10  
+7 (499) 153-80-81

Президенту общественной организации  
«Ассоциация травматологов-ортопедов Москвы»

От \_\_\_\_\_  
должность \_\_\_\_\_  
звание \_\_\_\_\_  
место работы \_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о приеме в члены \_\_\_\_\_ общественной организации  
«Ассоциация травматологов-ортопедов Москвы»

Я, \_\_\_\_\_,  
(\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан  
\_\_\_\_\_ Г.,  
зарегистрирован(а) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

Прошу принять меня в члены \_\_\_\_\_ общественной организации  
«Ассоциация травматологов-ортопедов Москвы».  
С Уставом Организации ознакомлен и обязуюсь его выполнять.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ Г.