**ЗАЯВА**

**на вступ до Громадської спілки «Ради Експертів Естетичної Медицини»**

ПІБ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Громадянство

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата народження

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Місце роботи, посада

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактний телефон

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ел. пошта

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Галузі, в яких спеціалізуюся

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я поділяю мету Громадської спілки «Ради Експертів Естетичної Медицини» та визнаю положення її Статуту.

Я надаю згоду на обробку моїх персональних даних Громадській спілці «Ради Експертів Естетичної Медицини».

Дата

Підпис