БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО ОРАЛНА И ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНА ХИРУРГИЯ

Гр. Русе, ул. Рига 35, 0888 458 050 , office@buloms.com

РЕГИСТРАЦИОННА ФОРМА

Общи насоки

С попълването на настоящата регистрационна форма Вие заявявате желанието си за членство в БАОЛЧХ. Според Устава на Асоциацията, Активното членство изисква първоначална подкрепа от двама Активни членове, а останалите категории на членство – от един Активен член. Моля, запознайте се и с Устава на Асоциацията, включително с правата и задълженията на членовете ѝ, встъпителният и годишният членски внос и останалите характеристики на дейността ѝ.

Персонална идентификация

Пълно име: .....

Адрес за кореспонденция: .....

Телефон: ..... Ел.поща: .....

Специалност: ..... Диплома №: .....

УИН БЛС: ..... УИН БЗС: .....

Месторабота: .....

Желая да се присъединя към БАОЛЧХ, в следната категория членство

☐ **АКТИВНО ЧЛЕНСТВО**

☐ **АСОЦИИРАНО ЧЛЕНСТВО**

☐ **СПЕЦИАЛИЗАНТ ОЛЧХ**

☐ **СТУДЕНТ**

/Сложете отметка на желаната категория членство!/

Кандидатурата ми е подкрепена от:

1. ....
титла и име подпис

2. ....
титла и име подпис

Дата: .....

☐ Давам своето съгласие с Устава и Целите на БАОЛЧХ
/Сложете отметка/

Заявител: ....
титла и име подпис