

ა(ა)იპ საქართველოს საოჯახო მედიცინის ასოციაციის პრეზიდენტს

მოქალაქე: _____
(სახელი, გვარი)

მცხოვრები: _____
(ქალაქი, ქუჩა)

პროფესია: _____

დაწესებულება, თანამდებობა: _____

ტელ: _____

გ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა

გთხოვთ, მიმიღოთ ა(ა)იპ საქართველოს საოჯახო მედიცინის ასოციაციის წევრად.
ვადასტურებ, რომ გავეცანი ასოციაციის წესდებას და ვაღიარებ მას.

(ხელმოწერა)

(თარიღი)