

ა(ა)იპ „საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის“ 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 „საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის“ წევრად. ვადასტურებ, რომ გავეცანი კავშირის წესდებას და ვაღიარებ მას.

(ხელმოწერა)

(თარიღი)