



БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ
НА ЛЕКАРСКИТЕ
АСИСТЕНТИ И
ФЕЛДШЕРИТЕ

„Bulgarian association of the physician assistants and feldshers”- (BAPAF).
Гр София, e-mail: info@bslaf.bg; тел: 0884441139; 0877029301.

Вх. : №.....

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ПОДНОВЯВАНЕ НА ЧЛЕНСТВО

От

(име, презиме, фамилия)

ЕГН:.....

Адрес по местоживеене: гр. /с.област:.....

Ул./бул.....№.....вх.....ет.....ап.....

Мобилен:..... Е-mai.....

Месторабота:.....

Адрес по месторабота, гр./с.....

ул./бул.....№.....

УНИКАЛЕН ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР/УИН:

Уважаеми г-н/ г-жо/ Председател на РК на БСЛАФ, гр.,

Моля да ми бъде подновено членството към на РК на БСЛАФ гр.,

считано от , поради подновяване на упражняване на дейността като лекарски асистент на територията на РК на БСЛАФ – гр.....

Запознат съм с Правилника за водене на регионалните и национални регистри.

.....
/трите имена и подпис/

Дата:.....



БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ
НА ЛЕКАРСКИТЕ
АСИСТЕНТИ И
ФЕЛДШЕРИТЕ