

(Vardas, pavardė, asmens kodas)

(Statusas, darbovietė: med. studentas / gyd. rezidentas / gyd. chirurgas)

Jaunųjų Chirurgų Asociacijai

**PRAŠYMAS**

**Įstoti į Jaunųjų Chirurgų Asociaciją**

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

(Data)

Prašau priimti mane į Jaunųjų Chirurgų Asociacijos (JChA) narius.

Pasirašydamas žemiau, patvirtinu, kad esu medicinos bendruomenės narys.

Esu susipažinęs su JChA etikos ir elgesio kodeksu. Sutinku ir įsipareigoju jo laikytis.

Sutinku ir įsipareigoju per 30 dienų sumokėti JChA visuotinio narių susirinkimo patvirtintą stojamąjį nario mokestį.

Sutinku ir įsipareigoju kiekvienais metais mokėti JChA visuotinio narių susirinkimo patvirtintą nario kasmetinį mokestį.

Sutinku, kad JChA siųstų mano kontaktiniais duomenimis informaciją apie JChA veiklą.

**Mano kontaktiniai duomenys:**

Elektroninio pašto adresas:

Mobilaus telefono numeris:

Banko pavadinimas ir sąskaitos numeris:

(Nario mokesčio administravimo tikslu)

(Vardas, pavardė, parašas)