საქართველოს ანესთეზიოლოგიის და რეანიმატოლოგიის სკოლა

**GEORGIAN SCHOOL OF ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE**

**განცხადება ასოციაციის წევრად მიღების შესახებ**

**1. პირადი ინფორმაცია**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞾 სახელი |  |  | 🞾 დაბ. თარიღი: | / / |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞾 გვარი: |  |  | 🞾 პირადი N: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞾 თანამდებობა: |  |  | აკად. ხარისხი: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| წოდება: |  |

**2. წევრობის კატეგორია**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞾 ორგანიზაცია: |  |

წევრი  რეზიდენტი  ექთანი

**3. საკონტაქტო ინფორმაცია**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞾 მისამართი: |  |  | 🞾 ტელეფონი: |  |
| მობილური ტელეფონი: |  |
| ფაქსი: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ვებ-მისამართი: |  |  | 🞾 ელ–ფოსტა: |  |

**4. წლიური საწევრო 5. საბანკო რეკვიზიტები**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| მიმდინარე წელს წევრობა უფასოა, ცვლილება გეცნობებათ ელ.ფოსტით ან SMS სახით მითითებულ ნომერზე/ |  | **დასახელება:**  **საიდენტიფიკაციო კოდი:**  **ანგარიშის N:**  **ბანკის დასახელება:**  **ბანკის კოდი:** |

**6.**

|  |
| --- |
| *მე, ქვემორე ხელისმომწერი, ვადასტურებ, რომ გავეცანი საქართველოს ანესთეზიოლოგიის და რეანიმატოლოგიის სკოლის წესდებას და მსურს ასოციაციაში გაწევრიანება. მოყვანილი ინფორმაცია არის სწორი და ჩემს მიერ შევსებული.* |
|
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ხელმოწერა |  |  | შევსების თარიღი: | / / |

**7. გადაწყვეტილება**

( ივსება ასოციაციის პასუხისმგებელი პირის მიერ )

|  |  |
| --- | --- |
| დადებითი გადაწყვეტილება  წევრი  რეზიდენტი  ექთანი | უარყოფითი გადაწყვეტილება  უარყოფის მიზეზი: |
|  |

**გადაწყვეტილება მიღებულია გამგეობის სხდომაზე (ოქმი N )**

გამგეობის თაბმჯდომარე:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ხელმოწერა |  |  |
|  |  | თარიღი | / / |