

Nuo:

(vardas, pavardė)

(gimimo data)

(adresas)

(el. pašto adresas)

Kam: Lietuvos Medikų Sąjūdžio vadovui

## PRAŠYMAS

Priimti į asociaciją Lietuvos Medikų Sąjūdis

201 m. d.

(miestas)

Esu

(nurodyti profesiją)

mano veiklos licencijos Nr.

(įrašius Nr. kopijos pateikti nereikia)

Išsilavinimą patvirtinantis dokumentas (kopija pridedama).  
(pažymėti tinkamą)

Pažyma apie studijas (kopija pridedama).  
(pažymėti tinkamą)

Prašau priimti mane į asociaciją Lietuvos Medikų Sąjūdis.

(vardas, pavardė, parašas)

Pridedama: