



LIETUVOS PARAMEDIKŲ ASOCIACIJA

NARIO ANKETA

PAGRINDINĖ INFORMACIJA

Vardas _____

Pavardė _____

Asmens kodas _____

Gimimo data _____

(pildoma tada, jei neturite išduoto LR paso)

GYVENAMOJI VIETA

Adresas _____

_____, LT - _____

Miestas / rajonas / kaimas _____

Telefonai _____

Namų _____

Mobilus _____

Darbo _____

El. pašto adresai _____

Asmeninis e-paštas _____

Darbovietės e-paštas _____

IŠSILAVINIMAS:

Mokslo įstaigos pavadinimas: _____

DARBOVIETĖS

Įmonė _____

Adresas _____

Pareigos (specialybė) _____

Prašau mane priimti į Lietuvos paramedikų asociacijos narius. Su Lietuvos paramedikų asociacijos įstatais susipažinau ir įsipareigoju jų laikytis.

(vardas, pavardė, parašas)

Pildymo data: ____ m. ____ mn. ____ d.

- Noriu būti tik narys.**
- Noriu būti narys ir dalyvauti asociacijos veikloje.**

Šią dalį pildo Lietuvos paramedikų asociacijos įgaliotas atstovas

Lietuvos paramedikų asociacijos _____ sprendimu, narys
_____ į narius.

(priimamas / nepriimamas)

Sprendimas priimtas: _____ m. _____ mėn. ____ d.

Pažymėjimo numeris: _____

Pažymėjimo išdavimo data: _____ m. _____ mėn. ____ d.

Pažymėjimo galiojimo data: _____ m. _____ mėn. ____ d.

**Lietuvos paramedikų asociacijos
prezidentas**

Rytis Malašauskas

