

EESTI SUUHÜGIENISTIDE LIIDU JUHATUSELE

Nimi _____

Sünniaeg ____ __ __

Töökoht _____

Telefon _____

Kontaktaadress _____

E-post _____

Kuupäev ____ __ 20 ____ .a.

AVALDUS

Soovin astuda Eesti Suuhügienistide Liidu liikmeks.

Avaldusele on lisatud minu täiesmahus läbitud suuhügienisti eriala õpet tõendava haridusasutuse diplomi koopia, mille postitasin paber kandjal ESHL postiaadressil Side 6, Tartu, 50107

____ __ 20 ____ .a.

Olen teadlik ja nõus, et peale ESHL juhatuse poolt avalduse läbivaatamist ja sellele positiivse otsuse langetamist olen kohustatud tasuma 1 (ühe) nädala jooksul ühekordse sisseastumismaksu 10 € -i ja iga aastase liikmemaksu 23 € -i MTÜ Eesti Suuhügienistide Liidu arveldusarvele Swedpangas pangas a/a EE89 2200 2210 2628 0308 ning edastama makset kinnitava dokumendi koopia ESHL e postile eshl.suuhygienist@gmail.com

Käesoleva avalduse allkirjastamisega kinnitan, et olen tutvunud ESHL põhikirjaga ja liidu liikmena järgin ESHL töö-ja kodukorda.

Allkiri