.............................................................................................

(Vardas, pavardė)

............................................................................................

(Darbovietė, pareigos)

............................................................................................

(Adresas)

............................................................................................

(Telefonas)

...........................................................................................

(El. paštas)

Kauno krašto dermatologų ir venerologų draugijos

Pirmininkei prof. dr. Skaidrai Valiukevičienei

**P R A Š Y M A S**

**Dėl priėmimo į draugijos tikruosius narius**

**(Data)**

Prašau priimti į Kauno krašto dermatologų ir venerologų draugijos (toliau – Draugija) tikruosius narius. Įsipareigoju laikytis Draugijos įstatų ir laiku mokėti nario mokestį.

(Parašas) (Vardas, pavardė)