



СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ

RUSSIAN DENTAL ASSOCIATION

121354, г. Москва
ул. Дорогобужская, д. 14, к. 1, а/я 181
Тел.: +7 (495) 108-02-44
8 (800) 500-52-62
www.e-stomatology.ru
e-mail: director-star@mail.ru



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ

Исх.№299/16С «24» ноября 2016г.

**Вниманию Президентов (Председателей)
Региональных Общественных Организаций
Членов Стоматологической Ассоциации России**

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

В соответствии с Постановлением № 10 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России» от 27 сентября 2016 года «О Контроле за легитимностью членства в Стоматологической ассоциации России и в региональных общественных объединениях-членах СтАР» (далее «Постановление № 10»), просим Вас в срок до 31 марта 2017 года включительно предоставить анкеты физических лиц-членов Стоматологической Ассоциации России (СтАР) от Регионального Общественного объединения (далее «Анкета») в соответствии с Приложением № 1 к настоящему письму.

На основании Устава Стоматологической Ассоциации России (СтАР), члены Ассоциации (их полномочные представители) обязаны выполнять решения руководящих органов Ассоциации. С учетом указанного, Президентов (Председателей) территориальных Общественных объединений-членов Стоматологической Ассоциации России (СтАР), просим до 1 февраля 2017 года представить заверенные копии анкет посредством доставки документов курьерскими службами: DHL, TNT, FE, EMS, Pony-Express (по выбору), на фактический адрес места нахождения Исполнительного комитета СтАР по адресу: 121354, г. Москва, ул. Дорогобужская д. 14. к.1, а/я 181 (подъезд 1, этаж 2, офис «СтАР»).

Напоминаем, что в соответствии с Положением «О вступительных и членских взносах в Стоматологическую Ассоциацию России», утвержденным Советом СтАР 19 апреля 2016 года, с 2017 года в СтАР перечисляется 100 (сто) рублей за каждое физическое лицо, состоящее в региональной общественной организации и 1450 (тысяча четыреста пятьдесят) рублей за льготное участие в НМО одного физического лица-члена (по желанию) ежегодно.

Таким образом взносы за 2016 год должны быть уплачены до 15 декабря 2016 года.

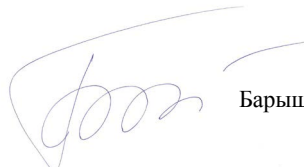
В соответствии с Постановлением № 10, членские взносы за 2017 год должны быть внесены Общественными объединениям - членами Стоматологической Ассоциации России до 31 марта 2017 года включительно. Скан-копию платежного поручения, подтверждающего оплату членского взноса Общественными объединениям - членами Стоматологической Ассоциации России просим направить на электронную почту Руководителя юридического департамента Барышеву Георгию по адресу legalexpert.star@gmail.com.

Приложение:

1. Анкета физического лица-члена Стоматологической Ассоциации России (СтАР) от Регионального Общественного Объединения.

С уважением,
Руководитель юридического департамента
Стоматологической Ассоциации России
Тел: 8-800-500-52-62
e-mail: Legalexpert.star@gmail.com




Барышев Г.В.



АНКЕТА

физического лица-члена Стоматологической Ассоциации России (СтАР),
состоящего на учете в Региональном Общественном Объединении:

« _____ »
_____»

(указать название территориальной Ассоциации)

1. Ф.И.О.: _____

2. Дата рождения: _____ 3. Член Стоматологической Ассоциации России: _____

(год вступления)

4. Адрес места жительства: « _____ » _____

(индекс)

(республика, край, область, город)

(улица, дом, квартира)

5. Адрес электронной почты (e-mail): _____

6. Телефоны: Моб.тел.: _____ ; Раб.тел.: (_____) _____ ; (_____) _____

7. Место работы:

(точное наименование предприятия, объединения, учреждения, органа изации, министерства, ведомства)

8. Должность: _____

9. Адрес места работы: _____

10. Общий стаж работы: _____ 11. Стаж работы в отрасли: _____

12. Образование: _____ 13. Специальность по сертификату: _____

- Стоматология Стоматология общей практики Стоматология ортопедическая Стоматология терапевтическая
 Ортодонтия Стоматология хирургическая Челюстно-лицевая хирургия Организация здравоохранения и общественное здоровье
 Стоматология детская Зубной врач Зубной техник Гигиенист

14. Наименование учебного заведения: _____

год окончания: _____

15. Ученая степень, ученое звание, квалификационная категория: _____

16. Награжден (а) государственными наградами:

1. _____ дата награждения: _____

2. _____ дата награждения: _____

3. _____ дата награждения: _____

17. Награжден (а) наградами Стоматологической Ассоциации России

- Почетное звание Орден I степени Орден II степени Медаль
«Заслуженный стоматолог» «За заслуги перед стоматологией» «За заслуги перед стоматологией» «Отличник стоматологии»

Я подтверждаю свое согласие на обработку, хранение и использование Стоматологической Ассоциацией России (СтАР) моих персональных данных.

Подпись лица, заполнившего анкету _____ / _____

« _____ » 2016 г.