**iesniegums**

Lūdzu uzņemt Mani / Manis pārstāvēto organizāciju:

|  |
| --- |
|  |
| *Juridiskas personas nosaukums / fiziskas personas vārds, uzvārds* |
|  |
| *Juridiskas personas reģistrācijas Nr. / fiziskas personas personas kods* |

BIEDRĪBĀ - “Latvijas Skaistumkopšanas Speciālistu Asociācija”.

Ar savu parakstu apliecinu, ka:

1. esmu iepazinies ar LSSA biedrības statūtiem un apņemos tos ievērot;
2. apņemos LSSA biedrības noteiktā kārtība apmaksāt biedra naudu;
3. apņemos ar savu darbību nekaitēt LSSA biedrības reputācijai.

Pamatojiet kādēļ vēlaties kļūt par LSSA biedru \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktinformācia

|  |  |
| --- | --- |
| vārds, uzvārds:  |  |
| tālrunis: |  |
| e-pasts: |  |
| profesija |  |

Datums:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paraksts/*atšifrējums*/:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\**pielikumā – izglītību apliecinoša dokumenta kopija!***