

Архангельская региональная  
общественная организация  
«Ассоциация медицинских работников  
Архангельской области»  
163002 г. Архангельск,  
ул. Парижской Коммуны д. 6, оф. 25  
тел./факс: (8182) 68-22-72  
тел.: 47-01-21  
e-mail: [info.amrao@gmail.com](mailto:info.amrao@gmail.com)

Руководителям сестринских  
служб лечебно-профилактических  
учреждений

Исх. № 18

от 01.03.2010 г.

Уважаемые руководители!

Информируем Вас, что с 01.03.2010 года предоставление льготы по оплате за аттестацию для членов АМРАО в размере 50% от установленного прейскуранта будет осуществляться в офисе Ассоциации медицинских работников Архангельской области по адресу: г. Архангельск, ул. Парижской Коммуны, д.6.

Компенсация осуществляется на основании обязательного предоставления:

- ежемесячного списка аттестуемых в ЛПУ специалистов - членов АМРАО ([Приложение №1](#));
- личного письменного заявления аттестуемого специалиста с обязательным указанием паспортных данных (номер, серия, когда и кем выдан) ([Приложение №2](#));
- копии карточки члена АМРАО заверенной в ЛПУ с отметкой об отсутствии задолженности по оплате членских взносов;
- копия документа подтверждающего оплату за аттестацию согласно прейскуранта (копия квитанции или платежного поручения).

**Прием документов осуществляется с 1 по 5 число следующего за аттестацией месяца с 14.00 до 16.00.**

Удержание компенсации самостоятельно из членских взносов категорически запрещено.

Президент АРОО «АМРАО»

Р.Л. Грошева

Список специалистов - членов АМРАО  
прошедших аттестацию за \_\_\_\_\_ месяц 20\_\_ г.  
наименование ЛПУ \_\_\_\_\_

№ п/ п	Фамилия	Имя	Отчество	Дата аттестации
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				

Главная медицинская сестра: \_\_\_\_\_

Президенту АРОО «АМРАО» Грошевой Р.Л.  
от (Ф.И.О.полностью) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

должность (указать отделение) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Место работы (форма собственности и  
наименование учреждения) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Паспорт серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Выдан когда \_\_\_\_\_

кем \_\_\_\_\_

заявление.

Прошу возместить денежные средства в размере 50%, затраченные на оплату аттестации. Копии платежных документов прилагаю.

Дата

Подпись