

В Совет Коалиции

Наименование организации,
ФИО уполномоченного лица

Заявление

Прошу принять в члены Коалиции общественных организаций родителей детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) Российской Федерации (далее Коалиция) _____

(полное наименование организации, основание (например: решение общ. Собрания организации))

Дополнительная информация:

Адрес _____

Телефон:

e-mail: _____

Организация обязуется соблюдать условия, закрепленные в Положении о Коалиции.

Дата

Уполномоченное лицо

Подпись м.п.