

### ЗАЯВЛЕНИЕ

**ФАМИЛИЯ** \_\_\_\_\_

**ИМЯ** \_\_\_\_\_ **ОТЧЕСТВО** \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

**АДРЕС:**

Почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_

Улица (просп., пер.) \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Тел. моб. \_\_\_\_\_ электр. личная почта \_\_\_\_\_

**МЕСТО РАБОТЫ:**

отделение \_\_\_\_\_

должность \_\_\_\_\_ т.раб. \_\_\_\_\_

образование \_\_\_\_\_

(название учреждения и год окончания)

дополнительное образование (повышенный уровень, высшее) \_\_\_\_\_

**ПРОШУ ПРИНЯТЬ МЕНЯ В ЧЛЕНЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ  
ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ САНКТ-  
ПЕТЕРБУРГА» С «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ Г.**

**ОБЯЗУЮСЬ ПЕРЕЧИСЛЯТЬ ВЗНОСЫ ПО БЕЗНАЛИЧНОМУ РАСЧЕТУ В СООТВЕТСТВИИ  
С УСТАВОМ.**

**Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

Подпись \_\_\_\_\_

.....  
Главному бухгалтеру

\_\_\_\_\_  
(место работы)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу перечислить по безналичному расчету в Профессиональную Региональную Общественную Организацию Санкт-Петербурга «Медицинских Работников Санкт-Петербурга», вступительный взнос 190,00 (сто девяносто) рублей и перечислять ежемесячные взносы в размере 90,00 (девяносто) рублей ежемесячно с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Место работы, должность \_\_\_\_\_

**Банковские реквизиты:** Р/с 40703810505 000000026 в ФКБ «СДМ-БАНК» (ПАО) в г. Санкт-Петербурге БИК 044030878; ИНН 7813202408; КПП 781301001; к/с 30101810000000000878

**ВНИМАНИЕ! Организацию писать: ПРОО «МРСР»**