В Профессиональную Региональную Общественную Организацию

«Медицинских Работников Санкт-Петербурга»

**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 девяноста) 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 40703810905000000026 в ФКБ «СДМ-БАНК» (ПАО); БИК 044525685; ИНН 7733043350; КПП 773301001; к/с 30101810845250000685

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