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. 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 40703810505 000000026 в ФКБ «СДМ-БАНК» (ПАО) в г.
Санкт-Петербурге БИК 044030878; ИНН 7813202408; КПП 781301001;

к/с 30101810000000000878

ВНИМАНИЕ! Организацию писать: ПРОО «МРСП»