

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 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 «МРСП»

