

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

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