Президенту Коми республиканской

Общественной организации

«Коми республиканская ассоциация врачей» К.м.н. Ватлину А.В.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 Прошу принять в члены Коми республиканской ассоциации врачей

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, год рождения, должность, место работы, адрес, телефон, e-mail)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обязуюсь оплачивать ежегодный взнос в размере 1200 руб. на счет Коми региональной общественной организации «Коми республиканская ассоциация врачей».

 Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ В БУХГАЛТЕРИЮ СВОЕЙ МЕД. ОРГАНИЗАЦИИ**

Прошу перечислить с моего лицевого счета на счет:

**Коми региональная общественная организация**

**«Коми республиканская ассоциация врачей»**

**ИНН 1101470597 КПП 110101001**

**Р/С 40703810209000000085**

**Сыктывкарский ФКБ – РЦ «Севергазбанк» г.Сыктывкар**

**БИК 048702746 КОР.СЧ 30101810100000000746**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО | Подпись |
| 1.2. |  |

P.S. Ежегодный взнос в размере 1200 рублей можно перечислять частями. Вступительного взноса нет. Заявление можно оформлять от одного или нескольких лиц.