В САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКУЮ РЕГИОНАЛЬНУЮ ОБЩЕСТВЕННУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ

СПЕЦИАЛИСТОВ С МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

«ПРИЗВАНИЕ»

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**ФАМИЛИЯ**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИМЯ**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ОТЧЕСТВО**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата рождения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ (ПРЕБЫВАНИЯ):**

Индекс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Город\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Улица (просп., пер.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_\_кв.\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон мобильный +7 (\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ электронная почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**МЕСТО РАБОТЫ**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон рабочий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ образование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название учреждения и год окончания)

Дополнительное образование (повышенный уровень, высшее)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПРОШУ ПРИНЯТЬ МЕНЯ В ЧЛЕНЫ **САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ С МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ «ПРИЗВАНИЕ»**

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 САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКУЮ РЕГИОНАЛЬНУЮ ОБЩЕСТВЕННУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТОВ С МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ «ПРИЗВАНИЕ»:

- однократно: вступительный взнос в размере **80,00 (восемьдесят) рублей** – средний медицинский персонал, **40 (сорок) рублей** – младший медицинский персонал,

- ежемесячно: членский взнос в размере **80,00 (восемьдесят) рублей** – средний медицинский персонал, **40 (сорок) рублей** – младший медицинский персонал

С «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (фамилия, имя, отчество)

Место работы, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Банковские реквизиты**:Р/с 40703810490510000057 в ПАО «БАНК «САНКТ-ПЕТЕРБУРГ» БИК 044030790, ИНН **7816712950**, КПП 781601001

к/с 30101810900000000790 (в СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ГУ БАНКА РОССИИ г. Санкт-Петербург)