В Санкт-Петербургское региональное
отделение общероссийской
общественной организации
«Ассоциация медицинских сестер России»

ЗАЯВЛЕНИЕ
ПРОШУ ПРИНЯТЬ МЕНЯ В ЧЛЕНЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ» С «____»_____ 200___ Г.
ОБЯЗУЮСЬ ПЕРЕЧИСЛЯТЬ ВЗНОСЫ ПО БЕЗНАЛИЧНОМУ РАСЧЕТУ В СООТВЕТСТВИИ С УСТАВОМ.

ФАМИЛИЯ _____
ИМЯ _____**ОТЧЕСТВО** _____
ДАТА РОЖДЕНИЯ:_____
АДРЕС:
Почтовый индекс:_____ Город _____
Улица(просп., пер.)_____
Дом _____ корп. _____ кв. _____
Тел. раб._____ тел. дом. _____
МЕСТО РАБОТЫ:
_____
отделение_____
должность_____
образование (название учреждения и год окончания)_____
дополнительное образование (повышенный уровень, высшее)_____
_____

Дата «_____»_____ 200__г.
Подпись _____
……

Главному бухгалтеру
_____
(место работы)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу перечислять по безналичному расчету в Санкт-Петербургское региональное отделение общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России» ежемесячно взносы в размере 1 % от «базовой единицы» с «01» января 2008 г.

Дата «___»_____200__г.

Подпись:_____ _____
(Фамилия, Имя. Отчество)
Место работы, должность_____

Банковские реквизиты: Получатель: СПб РО ОбОО «Ассоциация медицинских сестер России»
ИНН 7813202408 КПП 781301001
Р/с 40703810505 000000026 в ФКБ «СДМ-БАНК» (ОАО) в г.Санкт-Петербурге г. Санкт-Петербург
БИК 044030878
к/с 30101810000000000878 в ГРКЦ ГУ «БАНКА РОССИИ» по Санкт-Петербургу г. Санкт-Петербург