

Головному лікарю _____

(посада)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Заява

У зв'язку зі вступом до ГО «Асоціації медичних працівників Донецчини» прошу утримувати членські внески у розмірі 30,00 грн. (тридцять гривень 00 коп.) від моєї заробітної плати і перераховувати їх кожного місяця на рахунок за наступними реквізитами:

ГО «АСОЦІАЦІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДОНЕЧЧИНИ»,

ЄДРПОУ 42109835,

в ПАТ КБ «ПРИВАТБАНК» (ЄДРПОУ 14360570, код банку 335496)

Рахунок № 26002051602905

Призначення платежу: членські внески

« ____ » _____ 20 ____ р.

(підпис)