 Президенту

Ассоциации «Фармацевтическое содружество» (АФС)

г. Владивосток ул. Светланская, 51А

Назаренко Наталье Александровне

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ФИО*

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в состав членов Ассоциации «Фармацевтическое содружество» в качестве физического лица, с возможностью получения полного блока информационно-консультационной поддержки по фармацевтической и предпринимательской деятельности.

Подтверждаю, что организация, интересы который я представляю, имеет не более одного места осуществления фармацевтической деятельности.

Гарантирую своевременную оплату членских взносов в соответствии с Положением о взносах АФС.

|  |  |
| --- | --- |
| **Информация о себе:** | |
| ФИО |  |
| Телефон рабочий (при наличии) |  |
| Телефон мобильный |  |
| Мобильный номер для подключения в группу WhatsApp |  |
| e-mail |  |
| Место жительства (населенный пункт) |  |
| Паспортные данные |  |
| ИНН физ лица |  |
| Ознакомлен с условиями вступления и оплатой вступительного и ежеквартального взносов |  |
| **Данные о специалисте:** | |
| Специальность по диплому |  |
| Диплом (учебное заведение полностью, дата выдачи) |  |
| Квалификация по сертификату / свидетельству об аккредитации |  |
| Занимаемая должность |  |
| **Дополнительно о себе:** | |
|  | |
| **Информация об организации (при наличии):** | |
| Название |  |
| ИНН/КПП |  |
| ОГРН |  |
| ФИО руководителя, должность |  |
| Адрес юридический |  |
| Адрес фактический |  |
| Количество структурных подразделений: | |
| Аптека |  |
| Аптечный пункт |  |
| Оптовый склад |  |
| Внутрибольничная аптека |  |

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

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

*подпись ФИО*