 Президенту

Ассоциации «Фармацевтическое содружество»

г. Владивосток ул. Пушкинская, 40 офис 1007

Назаренко Наталье Александровне

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

*ФИО*

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в состав членов Ассоциации « Фармацевтическое содружество» в качестве физического лица.

Своевременную оплату взносов в соответствии с Положением об оплате взносов гарантирую.

Информация о себе:

|  |  |
| --- | --- |
| Телефон |  |
| e-mail |  |
| Место жительства (населенный пункт) |  |
| Паспортные данные |  |
| ИНН физ лица |  |
| СНИЛС |  |
| Данные о специалисте | |
| Специальность по диплому |  |
| Диплом (учебное заведение полностью, дата выдачи) |  |
| Квалификация по сертификату / свидетельству об аккредитации |  |
| Место работы: наименование организации, населенный пункт |  |
| Занимаемая должность |  |

Приложение:

1. Копия паспорта
2. Копия диплома
3. Копия свидетельства о регистрации брака (при смене фамилии)
4. Копия действующего сертификата / свидетельства об аккредитации
5. Копия трудовой книжки
6. Справка с места работы с указанием должности (действительна 10 дней).

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

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

*подпись ФИО*