Президенту Региональной общественной организации

 «Ассоциация стоматологов Забайкалья»

 Поповой Ирине Николаевне

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

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

 (место работы)

Заявление

1. Прошу принять меня в члены «Ассоциации стоматологов Забайкалья».
2. С Уставом Региональной общественной организации «Ассоциация стоматологов Забайкалья», правами и обязанностями я ознакомлен и обязуюсь их выполнять.
3. Обязуюсь вносить ежемесячные членские взносы.

О себе дополнительно сообщаю:

1. Специальность по сертификату

2. Паспорт серии\_\_\_\_\_\_, №\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ года, указать кем выдан.

3. Дата рождения

4. Место работы

5. Семейное положение

6. Адрес места жительства

7. Телефон сот.

Даю согласие на обработку моих персональных данных.

Дата

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главному врачу

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

 (указать медицинскую организацию)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу удерживать ежемесячные членские взносы в Региональную общественную организацию «Ассоциация стоматологов Забайкалья»в размере 1% от начисленной заработной платы по следующим реквизитам:

**Наименование:**

*Региональная общественная организация «Ассоциация стоматологов Забайкалья»*ИНН: 7536985063
ОГРН:1117500000265

КПП: 753601001

*ОО №16 «Читинский» ПАО «ПРОМСВЯЗЬБАНК»*

672000, Забайкальский край, г.Чита, ул. Анохина , д.91

ИНН 7744000912

ОКПО 55470715

КПП:540643001

ОГРН 1027739019142

БИК банка: 045004816 – Сибирский филиал ПАО «Промсвязьбанк» г. Новосибирск

К/с: 30101810500000000816

Р/с: 40703810804000000703