

Главному врачу

(наименование лечебного учреждения)

от _____

(Ф. И. О.)

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу Вас удержать одновременно с моей заработной платы вступительный взнос в Региональную общественную организацию «Медицинская ассоциация Хабаровского края» в сумме 3 000,00 руб.

Прошу перечислить указанную сумму на расчетный счет ассоциации указанный ниже.

г. Хабаровск, ул. Краснодарская 9

Региональная общественная организация «Медицинская Ассоциация Хабаровского края»

ИНН 2724145340

КПП 272401001

ОГРН 1102700001491

р/с 40703810146480000006

в Дальневосточном филиале ПАО РОСБАНК г. Владивосток

к/с 30101810300000000871

БИК 040507871

(дата)

(подпись)