 Президенту

Ассоциации «Фармацевтическое содружество»

г. Владивосток ул.Светланская, 66Б

Назаренко Наталье Александровне

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

*наименование организации /*

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

*Должность, ФИО*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*полное наименование организации*

в состав членов Ассоциации « Фармацевтическое содружество» в качестве юридической организации.

Информация об организации:

|  |  |
| --- | --- |
| Телефон, e-mail |  |
| Юридический адрес |  |
| ИНН / КПП |  |
| ОГРН |  |
| Банковские реквизиты | |
| Наименование банка |  |
| Расчетный счет |  |
| Корр.счет |  |
| БИК |  |
| Количество аптечных организаций | |
| Аптек |  |
| Аптечных пунктов |  |
| Аптечных киосков |  |
| Руководство | |
| Руководитель (ФИО, моб. телефон) |  |
| Зам. зав. аптекой (ФИО, моб. телефон) |  |

Приложение: Копия Лицензии аптечной организации с приложениями.

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

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

*должность руководителя подпись ФИО*

М.П.