|  |  |
| --- | --- |
|  | **Главному врачу**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(Ф.И.О.)*  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  *(наименование организации)*  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(от кого Ф.И.О.)*  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу ежемесячно перечислять 500 рублей из моей заработной платы в качестве членского взноса в Ассоциацию «Тюменское региональное медицинское общество».

**Реквизиты:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование организации | Ассоциация «Тюменское региональное медицинское общество» |
| Юридический адрес | 625026, Россия, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 117 |
| ОГРН | 1097200001250 |
| ИНН/КПП | 7203209610/720301001 |
| Получатель | Ассоциация «Тюменское региональное медицинское общество» |
| р/с | 40703810922990000112 |
| к/с | 30101810271020000613 |
| Наименование банка | «Запсибкомбанк» ПАО |
| БИК | 047102613 |
| ОКПО | 63397613 |
| ОКВЭД | 86.90.9 |
| ОКТМО | 71701000 |
| Телефон/факс/эл. адрес | тел.: 8 (3452) 53-32-14; e-mail: trmo@mail.ru |

Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_