В бухгалтерию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя

Отчество

Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу перечислять ежемесячно членские взносы в ТРОО «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Томской области» в размере 1 (один) % от должностного оклада.

|  |
| --- |
| Томская региональная общественная организация «Профессиональная ассоциация медицинских сестёр Томской области»  Адрес: г. Томск, ул. Белинского 2–13  ИНН 7017193811/КПП 701701001  р/с №40703810664000002771  в Томском ОСБ № 8616    к/с №30101810800000000606  БИК 046902606  КПП 701701001 |

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