

PŘIHLÁŠKA
zájemce o členství ve spolku
POSKYTOVATELÉ LÉKÁRENSKÉ PÉČE z. s.

Zájemce:

jméno nebo název:

adresa nebo sídlo:

telefon: e-mail:

IČ: IČZ:

Zájemce JE NENÍ* poskytovatelem zdravotních služeb lékárenské péče – provozovatelem lékárny:

název lékárny:

adresa lékárny:

Zájemce provozuje více než jednu lékárnu: ANO NE*.

Provozuje-li zájemce více lékáren, uvede jejich název a adresu v samostatné příloze.

Zájemce žádá o přijetí za člena spolku POSKYTOVATELÉ LÉKÁRENSKÉ PÉČE z. s. se sídlem ve Cvikově, Komenského 219, PSČ 471 54, IČ 03795985, a projevuje tím vůli být vázán stanovami od okamžiku, kdy se stane členem spolku.

V dne

.....
Z. S. jméno nebo název a podpis zájemce

Vyplní rada spolku:

Zájemce byl přijat za člena dne

Přihláška zájemce byla odmítnuta dne

Podpis a razítko POLP

*Zaškrtněte vhodné políčko.