

№ _____

Заповнювати українською мовою друкованими літерами

Голові правління ЧБО
"Галицька лікарняна каса"
Геричу І.Д.

Я, _____
П Р І З В И Щ Е , І М ' Я , П О - Б А Т Ь К О В І

Дата народження . .
день місяць рік

Адреса район _____,
поштовий індекс

Місто _____

вулиця _____ буд. _____, кв. _____

Телефони

домашній мобільний

Місце роботи _____

посада _____

ідентифікаційний код

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ЗАЯВА

Прошу прийняти мене членом Галицької лікарняної каси.

Вступний внесок у розмірі 10 (десять) грн. та щомісячний членський внесок в розмірі 20 (двадцять) грн. сплачено.

З положеннями та статутом Галицької лікарняної каси ознайомлений і зобов'язуюсь їх виконувати.

Дата " _____ " _____ 201__р.

Особистий підпис _____