№_________

Заповнювати українською мовою друкованими літерами

Голові правління
"Галицької лікарняної каси"
п. Іваськевичу З.Р.

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_______________, місто _______________
поштовий індекс

вулиця___________________________, буд.______________, кв.______________

Телефони

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ 8 0 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘
домашній мобільний

e-mail________________________________

місце роботи ____

посада____

Ідентифікаційний код

З А Я В А

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 ”_______”_______________200__р.

Особистий підпис _______________

"Галицька лікарняна каса"
Україна 79010, м. Львів, вул. Кармалюка, 3
тел./факс:(032)2767835, 8-8005024120, 8-0973686734
e-mail: glklviv@gmail.com

Отримувач: ЧБО "Галицька лікарняна каса"
Код отримувача: 35444955
Банк отримувача: Філія ЛРУ АТ
"Індустріально-експортний банк" м. Львів
Код банку отримувача: 325279
Рахунок отримувача: 26002006899001