

## P Ř I H L Á Š K A

za člena

Společenstva výrobců a prodejců zdravotnických prostředků, o.s.

Přihlašuji se za člena Společenstva výrobců a prodejců zdravotnických prostředků, o.s..  
Zavazuji se akceptovat jeho Stanovy - schválené Valnou hromadou,  
včetně úhrady poplatků \*/

Firma: (obchodní název) .....

Sídlo: (ulice, město, PSČ) .....

IČO: ..... DIČ: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-mail: ..... Web: .....

Jméno kontaktní osoby: .....

Mobil - tel. č. kont. osoby: .....

Výrobce - prodejce - dovozce (nehodící se škrtnout)

Obor činnosti (PZT):

Datum: .....

Razítko a podpis oprávněné osoby: .....

\*/Členský příspěvek činí **1.000 Kč/rok** - splatné po obdržení faktury.  
Úhrada faktury za služby Společenstva členům, ve výši **5.000 Kč/člen/rok**- splatná po obdržení faktury.

Vyplněnou přihlášku zašlete, prosím, na adresu:  
**SVPZP, o.s.** (k rukám pí. Karešové)  
**Papírenská 114/5, 160 00 Praha 6**  
**fax: 234 123 360 tel.: 234 123 356**  
**nebo naskenovanou na e-mail: hkaresova@erilens.cz**