

P Ř I H L Á Š K A

za člena

Společenstva výrobců a prodejců zdravotnických prostředků, z.s.

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

Firma: (obchodní název)

Sídlo: (ulice, město, PSČ)

IČO: DIČ:

Telefon:

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, nejdéle do 31. 3. běžného roku
(při přijetí firmy později v průběhu roku splatné ihned).
Úhrada faktur za služby Společenstva členům, ve výši 5.000,- Kč/člen/rok, splatné po obdržení faktury.

Vyplněnou přihlášku zašlete, prosím, na e-mailovou adresu: **info@svpzp.cz**