№_____

Заповнювати українською мовою друкованими літерами

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

Я, _

прізвище, ім'я, по-батькові

Дата народження └┴┘. └┴┘.└┴┴┴┘
день місяць рік

Адреса └┴┴┴┴┴┘ район_____, місто _____
поштовий індекс

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)/15 (п'ятнадцять) грн. (зайве викреслити) сплачено.
З положеннями та статутом Галицької лікарняної каси ознайомлений і зобов’язуюсь їх виконувати.

Дата ”_____”_____200__р.

Особистий підпис _____