

**Здружение на приватни аптеки на Република Македонија  
Штип**

e-mail: zparm2017@gmail.com

**ПРИСТАПНИЦА**

За зачленување во Здружение на приватни аптеки на Република Македонија  
Штип

Назив на аптека: .....

ЕМБС на членот: .....

ЕДБ на членот: .....

Седиште: .....

Овластено лице:.....

Контакт телефон: .....

E-mail адреса: .....

Овдека можете дополнително да напишете некои работи што сметате дека се од значење за Вас, а ние треба да ги знаеме:

1) .....

2) .....

Со оваа пристапница изразувам желба за пристапување во редовно членство во Здружението на приватни аптеки на Република Македонија Штип. Со потпишување на истата, изјавувам дека во целост го прифаќам и одобрувам Статутот и целите на Здружението и се обврзувам истите ќе ги почитувам и спроведувам и дека ќе ја плаќам годишната членарина.

Место и датум на поднесување:

Подносител:

М.П.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Пристапницата правниот субјект ја поднесува во оригинал во седиштето на здружението со прилог Тековна состојба(фотокопија) и потврда за уплатена членарина ж-ска 210071769100184 НЛБ Тутунска банка АД Скопје.