

Вписва се от НАК:

входящ номер	дата	име и фамилия на лицето, вписало заявлението

До: Управителния съвет
на Националната аптечна камара

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ЧЛЕНСТВО
ОТ**

трите имена по лична карта			
ЕГН		лична карта №	
издадена от	на дата	валидна до	
в качеството си на	на (име на фирмата по регистрация)		
Форма на управление (ЕТ, ООД, ЕООД, АД)	ЕИК / Булстат		
с пълен адрес по регистрация			
област	община	населено място	улица, №

Заявявам, че приемам Устава на сдружение „Национална аптечна камара” и поставените в него цели и средства за постигането им!

Заявявам желанието представляваното от мен юридическо лице да бъде прието за член на сдружение „Национална аптечна камара”, Булстат 175 930 091.

Приемам, че при неспазване на изискванията на Устава, КАМАРАТА може да предприеме ограничителни мерки спрямо членството на представляваното от мен юридическо лице, включително изключване от КАМАРАТА.

дата:

населено място:

Заявител:

(подпис)