

**Здружение на приватни аптеки на Република Северна
Македонија Прилеп**

e-mail: zparm2017@gmail.com

П Р И С Т А П Н И Ц А

За зачленување во Здружение на приватни аптеки на Република Северна
Македонија Прилеп

Назив на правното лице:

Број на единици/аптеки:.....

ЕМБС на членот:

ЕДБ на членот:

Седиште:

Овластено лице:.....

Контакт телефон:

E-mail адреса:

Овде 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 Северна Македонија Прилеп. 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 правното лице 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.