

ДО

Сдружението на американските фармацевтични производители
УЛ. ФР.Ж.КЮРИ № 19, БЛ.1, АП.26, ЕТ.4.

София 1113

М О Л Б А - Д Е К Л А Р А Ц И Я

От от гр.,
ЕГН физическо лице/упълномощен представител на
.....

УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,

Моля, да бъда приет/представяваната от мен фармацевтична компания
..... да бъде приета за пълноправен член на
СДРУЖЕНИЕТО НА АМЕРИКАНСКИТЕ ФАРМАЦЕВТИЧНИ ПРОИЗВОДИТЕЛИ.

С настоящата молба ДЕКЛАРИРАМ, че съм запознат и приемам
изцяло и без резерви Устава на САФП, както и всички други актове и
документи на Сдружението.

Моля, да разгледате на първото заседание на Управителния съвет
на Сдружението и да я решите положително.

ПРИЛОЖЕНИЕ: 1. Анкетна карта.

2. Пълномощно.

3. Препис или извадка от търговския

регистър по регистрацията на фирмата –
производител.

4. Препоръки от член-учредител на САФП – 3 броя.

Дата:

С УВАЖЕНИЕ: