

Председателю правления  
КРОО «Кировская стоматологическая  
ассоциация» Халявиной И.Н.

\_\_\_\_\_  
ФИО

\_\_\_\_\_  
Должность

\_\_\_\_\_  
место работы

\_\_\_\_\_  
контактный телефон

\_\_\_\_\_  
электронный адрес

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в члены КРОО «Кировская стоматологическая ассоциация» с \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Дата \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_

---

Вступительный взнос в КРОО «Кировская стоматологическая ассоциация» - 500,00 рублей, ежемесячный взнос – 100,00 рублей.

***Кировская региональная общественная организация «Кировская стоматологическая ассоциация» (сокращённое наименование КРОО «Кировская стоматологическая ассоциация»)***

*ИНН 4346040822, КПП 434501001*

*ОГРН 1034300000492*

*610035 г. Киров ул. Попова 24<sup>а</sup>*

*р/с 40703810600010000012 в ОАО КБ «Хлынов»*

*к/с 30101810100000000711, БИК 043304711*

*тел. 8332 64-11-16, факс. 64-97-44 – Председатель Правления Халявина Ирина Николаевна, действующая на основании Устава.*

Заявление принимается по адресу: г.Киров, ул.К.Либкнехта, д.92, каб.№ 30 (3эт.).

Так же ставим в известность, что в соответствии с п.4.8.1 Устава КРОО «Кировская стоматологическая ассоциация» члены организации могут быть исключены из организации за неуплату членских взносов более 6 месяцев подряд.

