

Президенту
Межрегионального Союза
Медицинских Страховщиков
Д.Ю. Кузнецову

ЗАЯВЛЕНИЕ

Просим принять в члены «Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков»

_____ (полное фирменное наименование организации)

Ф.И.О. _____

Должность _____

С уставом МСМС ознакомлены и обязуемся выполнять.

Адрес почтовой доставки _____

Е-mail: _____

Телефон: +7 _____ ;

Факс: +7 _____ .

_____ Подпись
м.п.(без печати не действительно)

Примечание: при смене e-mail адреса, почтового адреса и контактных телефонов **необходимо в 5-и дневный срок** информировать исполнительную дирекцию МСМС для непрерывного информационного обеспечения.