Nyilatkozat Magyar Gyógyszerészi Kamarának fizetendő tagdíj átvállalásáról

(nem gyógyszertárak esetében) **Visszaküldendő: *2017. február 15-ig***

Munkáltató

neve: ……

címe: ……

adószáma: ……

telefonszáma: ……

e-mail címe: ……

Számlázási név és cím: (amennyiben eltérő)

név: ……..

cím:……

Nyilatkozom, hogy az alább felsorolt gyógyszerész(ek) 2017 évre esedékes tagdíjat megfizettem.

Név	alap nyilvántartási szám	Összeg	Teljesítés dátuma
	Összesen:	**Ft**	

A sorok száma szabadon bővíthető!

Dátum: **p.h.** **……**

cégszerű aláírás

A nyilatkozatot az átutalással egy időben kérjük megküldeni az illetékes területi szervezet(ek) címére. Elektronikus továbbítás esetén is szükséges a cégszerű aláírás és bélyegző lenyomat. A teljesítés dátumánál az átutalás időpontját kérjük feltüntetni. Számlát csak az átutalás beérkezését követően áll módunkban kiállítani.