



TECHNOMED

ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
PRZEMYSŁU MEDYCZNEGO

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO ORGANIZACJI PRACODAWCÓW PRZEMYSŁU MEDYCZNEGO TECHNOMED

1. Pełna nazwa Przedsiębiorstwa:

2. Używana nazwa skrócona:

3. Osoba (osoby) uprawniona(e) do reprezentacji przedsiębiorcy (imię i nazwisko, stanowisko) zgodnie z wpisami w dokumentach rejestrowych

4. Adres Przedsiębiorstwa: (nazwa ulicy, kod pocztowy, poczta, miejscowość)

Ulica

Poczta

Miejscowość

Województwo

5. Adres e-mail:

Telefon/fax:

6. Adres www:

7. NIP:

REGON:

8. Numer KRS / CEIDG

9. Osoba do kontaktów z OPPM TECHNOMED: (imię i nazwisko, stanowisko, telefon, adres e-mail)

Oświadczenie

Po zapoznaniu się ze Statutem Organizacji Pracodawców Przemysłu Medycznego TECHNOMED, deklaruję członkostwo w OPPM TECHNOMED i realizację celów jej działania oraz przestrzeganie praw i obowiązków członka OPPM TECHNOMED.

Zobowiązuję się opłacać składkę członkowską.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpisy osoby/osób uprawnionych do reprezentacji)