**Deklaracja kandydata na członka zwyczajnego - szpitala**

Nazwa Szpitala:

Ulica:

Woj.

Miasto:

Kod:

Osoba uprawniona do reprezentacji szpitala - składająca deklarację członkowską

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Tel.stacjon:

Tel. kom:

Bezpośredni e-mail:

Podpis:

Miejsce i data:

**WAŻNE INFORMACJE:**

Wysokość składki od szpitala wpłacanej w roku 2017 wynosi 1500 PLN. Wysokość wpisowego wynosi 1000 PLN. Składka obejmuje kolejne 12 miesięcy członkostwa od daty wstąpienia. Deklaracje przyjmujemy wraz z dowodem wpłaty w/wym. kwot. Dokumenty prosimy przesyłać drogą elektroniczną. Po otrzymaniu deklaracji oraz dowodu wpłaty, Zarząd Federacji podejmuje decyzję o przyjęciu w poczet członków zwyczajnych, powiadamiając szpital drogą elektroniczną na adres e-mail podany w niniejszej deklaracji. Noty księgowe wystawia biuro rachunkowe PFSz „Polfiskus” – wyłącznie na życzenie szpitala.

**W razie pytań prosimy o kontakt**: Anna Banaszewska, Dyrektor Zarządzający PFSz, tel. 606 360 295, e-mail: [anna.banaszewska@pfsz.org](mailto:anna.banaszewska@pfsz.org); Jarosław J. Fedorowski, Prezes PFSz, tel. 509 754 724, e-mail: [jjf@pfsz.org;](mailto:biuro@federacjaszpitali.pl) w sprawie not księgowych: Marzena Bodarska; e-mail: [biuro@polfiskus.pl](mailto:biuro@polfiskus.pl)

**ADRES POCZTY E-MAIL DO PRZESYŁANIA DEKLARACJI ORAZ DOWODÓW WPŁATY**

[biuro@federacjaszpitali.pl](mailto:biuro@federacjaszpitali.pl)

**NUMER RACHUNKU BANKOWEGO DO PRZELEWANIA SKŁADEK I WPISOWEGO**

30 1600 1068 1843 0059 4000 0001 Bank BNP Paribas, Oddział w Warszawie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_