**Nyilatkozat a Magyar Gyógyszerészi Kamarának fizetendő tagdíj átvállalásáról**

**(*nem gyógyszertárak esetében*) Visszaküldendő: *2019. 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) 2019. 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.