



ZÁVÄZNÁ PRIHLÁŠKA

Závazne prihlasujem lekára

.....

so sídlom

.....

za člena sekcie lekárenstva Asociácie dodávateľov liekov a zdravotníckych pomôcok (ADL).

Členstvo v ADL od:

Bratislava dňa

.....
pečiatka a podpis majiteľa lekárne

IČO:

DIČ:

IČ DPH:

bankové spojenie:

číslo účtu:

Zástupca pre ADL/kontaktná osoba pre ADL:

meno:

adresa:

tel.:

fax.:

e-mail:

Spolu s vyplnenou prihláškou nám na adresu adl@adl.sk zašlite aj výpis z obchodného registra Vašej spoločnosti.