Потребительский кооператив
Здоровье

ОГРН 1222300064018
ИНН 2311342233

Председателю Правления ПК «Здоровье»
Захарову А.В. от
Фамилия Имя и Отчество руководителя организации
(в родительном падеже)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять организацию в пайщики Потребительского Кооператива «Здоровье» (далее - ПК). С Уставом, «Положением о паевых взносах и фондах Кооператива», «Положением о вступлении юридических лиц» ПК ознакомлен.

Фамилия Имя и Отчество руководителя организации-заявителя,
Выберите дату рождения г. рождения.
Документ серия 1234номер 123456 Дата выдачи: дата выдачи паспорта г.
Выдан укажите, кем и где выдан паспорт.
Прописка (регистрация) по паспорту:
Почтовый индекс: 123456 Регион: напишите Ваши область, край, республику,
Район: укажите при наличии, Населённый пункт: например, г. Новосибирск
Улица: название улицы, проспекта, бульвара, переулка, дом 123, корп. 12, кв. 123.
Контактный моб. тел. с WhatsApp: +7(912)123-45-67. E-mail: ivanov@mail.ru.
Адрес электронной почты GOOGLE, установленной на телефоне руководителя организации, к которой будет привязан доступ к выписке из лицевого счёта организации в случае её принятия в пайщики ПК «Здоровье»: ivanov@gmail.com.

Об организации сообщаю:
Укажите организационно правовую форму и наименование организации.
Основной государственный регистрационный номер: ОГРН.
Основной вид деятельности: Основной ОКВЭД.
Полное наименование организации Полное наименование организации в соответствии с Уставом.
Сокращённое наименование организации Сокращённое наименование организации в соответствии с Уставом.
На иностранном языке (если есть) Полное наименование организации в соответствии с Уставом.
На иностранном языке (если есть) Сокращённое наименование организации в соответствии с Уставом.
ИНН (для резидента) / ИНН или КИО (для нерезидента) Укажите ИНН.
Фактический адрес Укажите фактический адрес местонахождения организации.
Почтовый адрес Укажите адрес с индексом отделения Почты России для получения корреспонденции.
Юридический адрес Укажите юридический адрес местонахождения организации.
Контактная информация организации: сайт www. website.ru, телефон 8(800)400-00-00, факс (при наличии) 8(495)123-45-67, электронная почта mail@website.ru..
Лицо, исполняющее функции главного бухгалтера Фамилия Имя и Отчество бухгалтера полностью.
Исполнительные органы, лица, имеющие право заключать сделки и подписывать финансовые документы структура, персональный состав, срок истечения полномочий.
Сведения об учредителях: для физических лиц - Фамилия Имя Отчество (при наличии), дата и

место рождения, место жительства, сведения о документе, удостоверяющем личность. Для юридических лиц - наименование, ИНН, место фактического нахождения.

Категория бизнеса: Выберите элемент.

Достоверность указанной выше информации подтверждаю.

Гарантирую оплату всех необходимых взносов.

Приложение: копии и оригиналы документов (согласно Пакету документов для юридического лица) на 00 (укажите количество листов прописью) листах.

В случае принятия в пайщики ПК «Здоровье» обязуюсь уведомлять Кооператив об изменении любых предоставленных данных в течение 5 рабочих дней.

Заявитель

Укажите должность руководителя организации

Электронная подпись пайщика Фамилия Инициалы руководителя организации.

Обязуюсь оплатить единовременный паевой невозвратный вступительный взнос.

Вступительный паевой взнос в Программу Кооператива и паевой ежегодный взнос, обязуюсь оплатить в течение 3 рабочих дней с момента принятия Советом ПК «Здоровье» решения о приёме организации в пайщики и согласования всех первичных вопросов.

Информационное смс-сообщение (в том числе через электронную почту или мессенджеры) от ПК «Здоровье» на указанный в заявлении номер мобильного телефона или адрес электронной почты заявителя буду воспринимать как письменное уведомление. В случае необходимости, обязуюсь отвечать по тому же каналу связи, по которому оно было получено, ели иное не указано в самом сообщении.

Я понимаю, что сама форма Кооперативе подразумевает активное участие в его деятельности и в Общих собраниях. По этой причине в случае моего отсутствия на общем собрании пайщиков Кооператива без уважительной причины (о чём я обязуюсь заранее сообщить организаторам по тому же каналу связи, по которому будет получено приглашение на Собрание) я обязуюсь в течение недели после его проведения высказать своё мнение по всем вопросам, но я также осознаю, что это мнение уже не может стать решающим. Я также соглашаюсь с тем, что повторный пропуск Общего собрания является существенной причиной для моего исключения из Кооператива без выплаты внесённых ранее паевых взносов.

Дата подачи заявления: Место для ввода даты г. **Электронная подпись пайщика**

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ПК «Здоровье» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты) - в целях регистрации и учета членства. Предоставляю ПК право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, блокирование, уничтожение, использование. ПК вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной Место для ввода даты. г. и действует бессрочно

Подпись субъекта персональных данных **Электронная подпись пайщика**

Присвоен идентификационный номер (ID) пайщика:

Ф.И.О. уполномоченного лица ПК «Здоровье»:

Принята в ПК «Здоровье» в качестве пайщика: . .20 г.

Внесён в единый реестр с открытием лицевого счёта.

Председатель Совета Председатель Правления

/Дёмин С.В./ _____ /Захаров А.В./