DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nazwa firmy, forma prawna** |  |
|  | **Osoba upoważniona do reprezentacji firmy zgodnie z KRS itp.**  *(IMIĘ I NAZWISKO STANOWISKO)* |  |
|  | **Osoba upoważniona** (przez osobę upoważnioną do reprezentowania firmy) **do reprezentowania firmy w Izbie jako osoba pierwszego kontaktu:**  *IMIĘ I NAZWISKO, STANOWISKO, Kontakt (tel. +adres e-mai)* |  |
|  | **Adres firmy** |  |
|  | NIP |  |
|  | Telefon |  |
|  | Strona www |  |
|  | Adres e-mail do dostarczania faktur i not księgowych\*: |  |
|  | Typ działalności  (np. sprzedaż, produkcja) |  |
|  | Działalność gospodarcza objęta statutem Izby (asortyment, producenci zagraniczni reprezentowani przez firmę) |  |
|  | Podstawa prawna działalności: (nr KRS, Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej) |  |
|  | Obrót z działalności gospodarczej objętej statutem Izby (za rok ubiegły) w mln PLN |  |

Deklarujemy przystąpienie do Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED. Zobowiązujemy się do przestrzegania Statutu Izby, uchwał jej organów, Kodeksu Etycznych Praktyk Biznesowych Izby POLMED, w szczególności do pełnego i terminowego opłacania składki członkowskiej.

\*Zgodnie z przepisami Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 17 grudnia 2010 roku w sprawie przesyłania faktur w formie elektronicznej, zasad ich przechowywania oraz trybu udostępniania organowi podatkowemu lub organowi kontroli skarbowej (Dz. U. Nr 249, poz. 1661), wyrażamy zgodę na wystawianie i przesyłanie przez **Ogólnopolską Izbą Gospodarczą Wyrobów Medycznych POLMED** faktur w formie elektronicznej. Jednocześnie Odbiorca faktur elektronicznych wyraża zgodę na przesyłanie elektronicznych faktur z wykorzystaniem poczty elektronicznej.

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

miejsce i data podpis osoby upoważnionej

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

pieczątka firmowa