

La completarea acestui formular, vă rugăm să răspundeți la toate întrebările care se referă la persoana D-voastră. Aceste informații, ne vor ajuta să luăm decizia cu privire la înscrierea D-voastră în rândurile Asociației Contabililor și Auditorilor Profesioniști din Republica Moldova.



При заполнении данной формы ответьте, пожалуйста, на все вопросы, имеющие отношение к Вам. Информация, предоставленная Вами, поможет Вам принять решение о Вашем зачислении в Ассоциацию профессиональных бухгалтеров и аудиторов Республики Молдова.

MD-2012, Republica Moldova
str. M. Varlaam 65, of.439,434,432

Telefon : (+373 22) 54 14 95; 54 14 21
Fax: (+373 22) 22 80 65

www.acap.md
E-mail: info@acap.md

Către AO „Asociația Contabililor și Auditorilor Profesioniști din Republica Moldova”

de la _____
(denumirea completă a persoanei juridice)

Cerere de înscriere cu statut de membru colectiv al Asociației

Eu, _____,
reprezentant împuternicit al companiei _____
rog să fie acordat statut de membru colectiv al Asociației Obștești „Asociația Contabililor și Auditorilor Profesioniști din Republica Moldova”.

Prin prezenta cerere îmi exprim interesul în realizarea în comun a obiectivelor statutare ale Asociației Obștești „Asociația Contabililor și Auditorilor Profesioniști din Republica Moldova”. Declar că îmi este cunoscut conținutul Statutului Asociației, Codului de conduită profesională și Ordonanței despre capacitatea de membru.

Mă oblig:

- să respect Statutul Asociației, Codul Etic și Regulamentul cu privire la calitate de membru al Asociației;
- să particip la activitatea Asociației;
- să nu întreprind acțiuni, care ar discredita în orice fel Asociația.
- să informez despre modificarea datelor operate în registrul membrilor
- să achit cotizația anuală

Reprezentant împuternicit
(denumirea persoanei juridice)

(semnătura, numele, inițialele)

„_____” _____ anul 20____.