



## CERERE DE ÎNSCRIERE

Nr. Membru \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_

**Subsemnatul(a)** \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_,  
str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, scara \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județ/sector  
\_\_\_\_\_, tel.serv. \_\_\_\_\_, tel.mobil \_\_\_\_\_,  
tel.acasă \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_,  
născut(ă) în localitatea \_\_\_\_\_, județul(sectorul) \_\_\_\_\_, la data  
de \_\_\_\_\_, fiul(fiica) lui \_\_\_\_\_ și al \_\_\_\_\_, cod numeric  
personal \_\_\_\_\_, posesor al B.I. (C.I.) seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat(ă) de  
\_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_, având cont curent  
IBAN \_\_\_\_\_, deschis la BANCA \_\_\_\_\_,  
căsătorit(ă)/necăsătorit(ă), angajat(ă) la \_\_\_\_\_, cu sediul  
în \_\_\_\_\_, județ/sector  
\_\_\_\_\_, CUI \_\_\_\_\_, telefon angajator \_\_\_\_\_, în funcția de  
\_\_\_\_\_ **solicit înscrierea ca membru al Asociației CAR Sănătate  
București, Sucursala** \_\_\_\_\_.

Sunt de acord să achit:

- aport inițial la patrimoniul Asociației CAR Sănătate București (taxă de înscriere) în sumă de \_\_\_\_\_ lei
- depunere inițială la fondul social propriu în sumă de \_\_\_\_\_ lei

Consimt să depun lunar la fondul social pentru împrumut suma de \_\_\_\_\_ lei.

Am luat la cunoștință de Statutul Asociației CAR Sănătate București și mă oblig să respect prevederile lui, hotărârile Adunării Generale a Membrilor Fondatori și ale Consiliului Director, să contribui la întărirea Casei de Ajutor Reciproc și să anunț orice schimbare a domiciliului, datelor de contact, contului curent bancar, locului de muncă sau oricăror date relevante ce țin de identificarea mea personală în relația cu Asociația CAR Sănătate București. Am luat la cunoștință de condițiile generale stabilite de Asociația CAR Sănătate București și mă oblig să le respect atât pe acestea cât și eventualele modificări ulterioare.

**Nume și Prenume Titular** \_\_\_\_\_

**Specimen Semnătura:**

<b>SE APROBĂ/SE RESPINGE, Consiliul Director</b>
Președinte _____
Data _____
Sucursala _____



## ANEXA 1 LA CEREREA DE ÎNSCRIERE A

**D-nei/D-lui** \_\_\_\_\_

(Se completează opțional de către membrul Asociației CAR Sănătate București)

### CLAUZĂ DE ÎMPUTERNICIRE

(valabilă pe timpul vieții Titularului)

Nume și Prenume Împuternicit: \_\_\_\_\_

Adresă de corespondență Împuternicit: \_\_\_\_\_

Date de contact Împuternicit: telefon \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Specimen de semnătură Împuternicit:



Dreptul persoanei împuternicită să dispună de sumele aflate în fondul social al subsemnatului(ei) ESTE VALABIL începând cu data de \_\_\_\_\_.

Semnătura Titularului \_\_\_\_\_

NOTĂ. Se va atașa copie document de identitate și Acord de Prelucrare a datelor cu caracter personal al persoanei Împuternicită.



## ANEXA 2 LA CEREREA DE ÎNSCRIERE A

**D-nei/D-lui** \_\_\_\_\_

(Se completează opțional de către membrul Asociației CAR Sănătate București)

### CLAUZĂ RETRAGERE ÎMPUTERNICIRE

(valabilă pe timpul vieții titularului)

Nume și Prenume Împuternicit: \_\_\_\_\_

Adresă de corespondență Împuternicit: \_\_\_\_\_

Date de contact Împuternicit: telefon \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Dreptul persoanei împuternicită să dispună de sumele aflate în fondul social al subsemnatului(ei) SE RETRAGE începând cu data de \_\_\_\_\_.

Semnătura Titularului \_\_\_\_\_