В первичную организацию Профсоюза

ГАУЗ «Республиканская клиническая

инфекционная больница

имени профессора А.Ф. Агафонова»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, год рождения, дом адрес)

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

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

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

отд №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу принять меня в члены общероссийского профсоюза работников здравоохранения. Обязуюсь выполнять Устав Профсоюза, выплачивать членские профсоюзные взносы, участвовать в деятельности профсоюзной организации.

В соответствии с Трудовым кодексом РФ даю согласие на обработку Профкомом всех видов своих персональных данных всеми способами обработки, приведенными в федеральном законе №152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных».

Настоящее заявление может быть отозвано мной в письменной форме.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Главному врачу ГАУЗ «РКИБ»

М.Р. Гатауллину

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Отд. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу ежемесячно и бесплатно перечислять из моей заработной платы членские профсоюзные взносы в Профсоюзную организацию на расчетный счет первичной организации Профсоюза, в размере, установленном уставом профсоюза работников здравоохранения РФ – 1%, в соответствии с Трудовым кодексом РФ, коллективным договором.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_