|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ | Профсоюзный комитет  первичной профсоюзной организации филиала №2 ГУЗ «ГЦГП»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. должность или профессия, место работы заявителя)* | ЗАЯВЛЕНИЕ | Главному врачу (руководителю учреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. должность или профессия, место работы заявителя)* |
| Прошу поставить меня на учет в первичную профсоюзную организацию филиала №2 ГУЗ «Гомельская центральная городская поликлиника» Белорусского профсоюза работников здравоохранения  Членом Белорусского профсоюза являюсь с \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_г.  С Уставом Белорусского профсоюза работников здравоохранения ознакомлен, признаю, обязуюсь выполнять.    *(дата) (подпись) (расшифровка подписи)* | | Прошу ежемесячно удерживать из моей заработной платы членские профсоюзные взносы в размере, установленном Уставом Белорусского профсоюза работников здравоохранения, для перечисления бухгалтерией организации в безналичном порядке на счета профсоюзных органов Белорусского профсоюза работников здравоохранения.  *(дата) (подпись) (расшифровка подписи)* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ | Профсоюзный комитет первичной профсоюзной организации филиала №2 ГУЗ «ГЦГП»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. должность или профессия, место работы заявителя)* | ЗАЯВЛЕНИЕ | Главному врачу (заведующему) учреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. должность или профессия, место работы заявителя)* |
| Прошу принять меня в Белорусский профессиональный союз работников здравоохранения и поставить меня на профсоюзный учет в первичную профсоюзную организацию (наименование учреждения).  Обязуюсь выполнять Устав Белорусского профсоюза работников здравоохранения и ежемесячно уплачивать членские взносы.  *(дата) (подпись) (расшифровка подписи)* | | Прошу ежемесячно удерживать из моей заработной платы членские профсоюзные взносы в размере, установленном Уставом Белорусского профсоюза работников здравоохранения, для перечисления бухгалтерией организации в безналичном порядке на счета профсоюзных органов Белорусского профсоюза работников здравоохранения.    *(дата) (подпись) (расшифровка подписи)* | |