|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  ЗАЯВЛЕНИЕ | Профсоюзный комитетпервичной профсоюзной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О. должность или профессия, место работы заявителя)* |  ЗАЯВЛЕНИЕ | Главному врачу (руководителю учреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О. должность или профессия, место работы заявителя)* |
| Прошу сохранить профсоюзное членство в Белорусском профсоюзе работников здравоохранения и оставить на профсоюзном учете в первичной профсоюзной организации *(наименование учреждения)* Белорусского профсоюза работников здравоохранения.С Уставом Белорусского профсоюза работников здравоохранения ознакомлен, признаю, обязуюсь выполнять.Профсоюзные взносы обязуюсь уплачивать в соответствии с нормами Устава Белорусского профсоюза работников здравоохранения*(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)*ПОСТАНОВЛЕНИЕ СОВЕТА МИНИСТРОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ от 18 сентября 2020г. №1282 «Об удержании из заработной платы работников денежных сумм для производствабезналичных расчетов  |