**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ В ПРОФСОЮЗ**

|  |
| --- |
| Белорусский профсоюз работников здравоохранения |
| Первичная профсоюзная организация УЗ «Витебский областной клинический родильный дом» |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  место работы |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *должность* *(профессия рабочего)* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Фамилия, имя, отчество* |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в Белорусский профессиональный союз работников здравоохранения, поставить на профсоюзный учет в первичную профсоюзную организацию учреждения здравоохранения «Витебский областной клинический родильный дом».

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

*дата подпись инициалы, фамилия*

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОСТАНОВКЕ НА ПРОФСОЮЗНЫЙ УЧЕТ**

|  |
| --- |
| Профсоюзный комитет первичной профсоюзной организации |
| УЗ «Витебский областной клинический родильный дом» Белорусского профессионального союза работников здравоохранения |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *место работы* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *должность (профессия рабочего)* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Фамилия, имя, отчество* |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу поставить меня на профсоюзный учет в первичную профсоюзную организацию учреждения здравоохранения «Витебский областной клинический родильный дом» Белорусского профессионального союза работников здравоохранения.

Являюсь членом профсоюза с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года, состоял на профсоюзном учете в

*(название профсоюзной организации)*

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

*дата подпись инициалы, фамилия*

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УДЕРЖАНИИ ПРОФВЗНОСОВ**

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

(должность руководителя организации)

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

(наименование организации)

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

(Ф.И.О. руководителя организации)

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

(должность работника)

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

(фамилия, инициалы работника)

Заявление

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.

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

(дата) (личная подпись) (расшифровка подписи)