

В первичную организацию профсоюза
ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

от _____
(фамилия)

(имя, отчество)

(дата рождения)

(наименование структурного подразделения, должность)

номер телефона _____.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в члены Профсоюза работников здравоохранения РФ.

Обязуюсь выполнять Устав Профсоюза, уплачивать членские профсоюзные взносы и принимать участие в деятельности организации Профсоюза. • В соответствии с трудовым кодексом РФ и Федеральным законом «О персональных данных» и с целью представительства и защиты моих социально-трудовых прав и профессиональных интересов, организации профсоюзного учета даю согласие на обработку моих персональных данных (ФИО, год и дата рождения, образование, профессия, семейное положение и заработная плата) на весь период моего членства в Профсоюзе работников здравоохранения РФ и по письменному требованию могу отозвать его в любое время.

Дата _____

подпись _____

Заявление принято:

Председатель
первичной организации профсоюза
Е.В. Романова

« ___ » _____ 20__

Главному бухгалтеру
ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России
И.М. Удуг

от _____

(фамилия)

(имя, отчество)

(наименование структурного подразделения, должность)

Заявление

Прошу удерживать из моей заработной платы членские профсоюзные взносы в размере 1% (одного процента) ежемесячно с «__» _____ 20__ г.

(дата)

(подпись)