**В первичную организацию  профсоюза работников**

**здравоохранения РФ**

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

(наименование организации)

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

                                                 От  Ф.И.О.(полностью), место работы и должность.

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

Заявление.

Прошу принять меня в члены профсоюза работников здравоохранения РФ     с \_\_\_\_\_\_\_\_ (указать дату).

С Уставом Профсоюза работников здравоохранения ознакомлен(а) и обязуюсь перечислять 1% профсоюзных взносов.

Дата                                                          Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Руководителю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (наименование организации)

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

(ФИО)

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

  (ФИО, должность)

Заявление.

Прошу ежемесячно удерживать и перечислять из моей заработной платы денежные средства в размере 1%, предназначенные для уплаты профсоюзного взноса, на расчётный счёт профсоюзной организации (наименование организации).

Дата:                                                         Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_