

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 _____