В первичную профсоюзную организацию
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №22»
(наименование организации)

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

_____

Заявление.

Я,_____ (ФИО и должность) прошу принять меня в члены Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации. Обязуюсь выполнять Устав Профсоюза, уплачивать членские профсоюзные взносы и принимать участие в деятельности организации Профсоюза. В соответствии с Трудовым кодексом РФ и ФЗ «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 (Ф.И.О., год и дата рождения, образование, профессия, семейное положение, заработная плата) на весь период моего членства в Профессиональном союзе работников здравоохранения Российской Федерации.

_____ _____ (_____)
дата подпись расшифровка подписи

Руководителю СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №22»

Волкову А.Я.

от _____
(ФИО, должность)

Заявление.

Прошу ежемесячно удерживать и перечислять из моей заработной платы денежные средства в размере 1%, предназначенные для уплаты членского профсоюзного взноса, на расчётный счёт первичной профсоюзной организации СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №22».

Дата: Подпись_____