

Вх № _____
от _____

**Председателю профсоюзного бюро сотрудников
ППО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова
Андреевой О.С.**

от _____

« ____ » « _____ » « ____ » года рождения

Телефон _____

Должность _____

Подразделение _____

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

**Главному бухгалтеру
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ
им.акад. И.П. Павлова Минздрава России**

от _____

Должность _____

Подразделение _____

Прошу ежемесячно удерживать и перечислять из моей заработной платы денежные средства в размере 1%, предназначенные для уплаты членского профсоюзного взноса, на расчётный счёт ППО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова.

Подпись _____ (_____)

Дата _____