

Профорганизатору ПОП СПб ГБУЗ «ПНД №1»
Коптевой Т.Г.

от _____

должность _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в члены профсоюза работников здравоохранения РФ.
Обязуюсь соблюдать Устав Профсоюза и уплачивать профсоюзные взносы в размере 1% от моей заработной платы.

Дата _____

Подпись _____

Принять в члены профсоюза работников здравоохранения РФ и
удерживать профсоюзные взносы с _____ 20__ г.
Протокол решения профорганизации СПб ГБУЗ «ПНД №1»
№ _____ от _____

Профорганизатор

Коптева Т.Г.