

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 \_\_\_\_\_