Председателю профкома

ППО ОГАУЗ «Городская клиническая больница №3

им. Б.И. Альперовича»

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, подразделение, дата рождения)

Заявление

Прошу принять в члены первичной профсоюзной организации работников здравоохранения РФ с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г. С Уставом ознакомлена (ен). С отчислением в 1% от заработной платы согласна (ен).

*(дата, подпись)*