Руководителю учреждения здравоохранения

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

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

 (ФИО, наименование учреждения здравоохранения)

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (ФИО, структурное подразделение, должность)

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу ежемесячно и бесплатно перечислять из моей заработной платы членские профсоюзные взносы в Профсоюз работников здравоохранения РФ на расчетный счет Саратовской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ, в размере, установленном Уставом профсоюза работников здравоохранения РФ – 1% от месячного заработка и других доходов, связанных с трудовой деятельностью.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)