Руководителю учреждения здравоохранения

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

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

(ФИО, наименование учреждения здравоохранения)

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

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

(ФИО, структурное подразделение, должность)

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу не удерживать из моей заработной платы профсоюзные взносы в связи с выходом из Профсоюза работников здравоохранения РФ с «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_\_ г.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)