В бухгалтерию

_____

(наименование учреждения ,организации)

от _____

(ФИО)

_____

(должность)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу ежемесячно удерживать из моей зарплаты членские профсоюзные взносы в размере одного процента и перечислять их на счет Профсоюза работников здравоохранения РФ.

_____ _____

(дата) (ФИО, подпись)

Выписка из решения профсоюзного комитета

Протокол № ____ от _____

_____

Председатель ПК _____ _____

МП (подпись) (ФИО)

В первичную профсоюзную организацию

СПб ГБУЗ « Городская поликлиника № 107»

(наименование учреждения)

_____

_____

от (ФИО работника, должность)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____,

(ФИО работника, полностью)

_____,

(адрес места регистрации с индексом)

паспорт: серия _____ № _____

выдан

_____,

прошу принять меня в члены Профсоюза работников здравоохранения РФ и представлять мои интересы по вопросам социально-трудовых и непосредственно связанных с ними отношений. Обязуюсь выполнять Устав Профсоюза, уплачивать членские профсоюзные взносы и принимать участие в деятельности профсоюзной организации.

В соответствии с Трудовым кодексом РФ и Федеральным законом «О персональных данных» с целью представительства и защиты моих социально-трудовых прав и профессиональных интересов, для организации профсоюзного учёта даю согласие на обработку моих персональных данных (ФИО, дата и место рождения, адрес, телефон, адрес электронной почты, образование, место работы, профессия, квалификация, награды, сведения о трудовой деятельности) и других данных, предусмотренных законодательством при оформлении трудовых отношений, в период моего членства в Профсоюзе работников здравоохранения . Данное согласие могу отозвать в любое время по письменному требованию.

_____ _____

(дата) (ФИО, подпись)