**- Руководителю**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование организации)

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

 (ФИО руководителя)

**- Председателю** первичной

 профсоюзной организации

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

 (ФИО)

 От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, дата рождения)

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

# З А Я В Л Е Н И Е\*

# о вступлении в Профсоюз и об удержании профсоюзных взносов

**В профсоюз:**

Прошу принять меня в члены Профсоюза работников здравоохранения РФ /поставить в первичную профсоюзную организацию на профсоюзный учет в качестве члена Профсоюза работников здравоохранения РФ/ *(нужное подчеркнуть)*. Обязуюсь выполнять требования Устава Профсоюза и обязанности члена Профсоюза.

**Работодателю:**

Прошу ежемесячно удерживать из моей заработной платы членские профсоюзные взносы в размере одного процента от начисленной мне заработной платы и перечислять их на расчетный счет профсоюзной организации в соответствии с коллективным договором, соглашением.

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

 Подпись Дата

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\* Заявление заполняется в 2 экземплярах: один – хранится в профсоюзном комитете, второй – у работодателя.*