**О Б Р А З Е Ц**

**заявления на вступление в профсоюз**

Белорусский профессиональный союз

работников здравоохранения

первичная профсоюзная организация

учреждения здравоохранения «Лоевская

центральная районная больница»

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

( место работы, должность служащего,

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

профессия рабочего)

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

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

(фамилия, имя отчество)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в Белорусский профессиональный союз работников здравоохранения и поставить на профсоюзный учет в первичную профсоюзную организацию учреждения здравоохранения «Лоевская центральная районная больница».

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

дата личная подпись инициалы, фамилия

**О Б Р А З Е Ц**

**заявления на постановку на учет**

**в первичную профсоюзную организацию**

Белорусский профессиональный союз

работников здравоохранения

первичная профсоюзная организация

учреждения здравоохранения «Лоевская

центральная районная больница»

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

( место работы, должность служащего,

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

профессия рабочего)

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

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

(фамилия, имя отчество)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу поставить меня на профсоюзный учет в первичную профсоюзную организацию учреждения здравоохранения «Лоевская центральная районная больница» Белорусского профессионального союза работников здравоохранения.

Являюсь членом профсоюза с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года, состоял на учете в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

название профсоюзной организации по предыдущему месту работы (учебы)

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

дата личная подпись инициалы, фамилия

**О Б Р А З Е Ц**

**заявления на удержание профсоюзных взносов**

Главному врачу учреждения

здравоохранения «Лоевская ЦРБ»

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

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

(должность, профессия)

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

( место работы заявителя)

Прошу ежемесячно удерживать из моей заработной платы членские профсоюзные взносы на счет первичной профсоюзной организации УЗ «Лоевская ЦРБ» путем безналичного перечисления бухгалтерией ЦРБ в размере, определенном Уставом Белорусского профсоюза работников здравоохранения.

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

(подпись) (расшифровка подписи)

**О Б Р А З Е Ц**

**заявления на оказание материальной помощи**

ЗАЯВЛЕНИЕ Профсоюзному комитету первичной

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ профсоюзной организации

учреждения здравоохранения

«Лоевская ЦРБ»

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

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

(Ф.И.О., должность или профессия, место работы заявителя)

Прошу оказать материальную помощь в связи с ( ***указать основание для оказания материальной помощи, согласно Положения о Фонде помощи ППО***)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

личная подпись расшифровка подписи