**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