|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ | Профсоюзный комитет  первичной профсоюзной организации  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. должность или профессия, место работы заявителя)* | ЗАЯВЛЕНИЕ | Главному врачу (руководителю учреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. должность или профессия, место работы заявителя)* |
| Прошу сохранить профсоюзное членство в Белорусском профсоюзе работников здравоохранения и оставить на профсоюзном учете в первичной профсоюзной организации *(наименование учреждения)* Белорусского профсоюза работников здравоохранения.  С Уставом Белорусского профсоюза работников здравоохранения ознакомлен, признаю, обязуюсь выполнять.  Профсоюзные взносы обязуюсь уплачивать в соответствии с  нормами Устава Белорусского профсоюза работников здравоохранения  *(дата) (подпись) (расшифровка подписи)* | | Прошу ежемесячно удерживать из моей заработной платы членские профсоюзные взносы в размере, установленном Уставом Белорусского профсоюза работников здравоохранения, для перечисления бухгалтерией организации в безналичном порядке на счета профсоюзных органов Белорусского профсоюза работников здравоохранения.  .  *(дата) (подпись) (расшифровка подписи)*  ПОСТАНОВЛЕНИЕ СОВЕТА МИНИСТРОВ РЕСПУБЛИКИ  БЕЛАРУСЬ от 18 сентября 2020г. №1282 «Об удержании из  заработной платы работников денежных сумм для производства  безналичных расчетов | |