Председателю ППО ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ»

 Давыдовой А.В.

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность)

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

 (отделение)

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

 (Ф.И.О.)

 **З А Я В Л Е Н И Е**

 Прошу **принять меня в Профсоюз** работников здравоохранения города Москвы и поставить на учет в Первичной профсоюзной организации Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн № 3 Департамента здравоохранения города Москвы»

 Прошу ежемесячно удерживать из моей заработной платы денежные средства в размере 1%, предназначенные для уплаты членских профсоюзных взносов, и перечислять их на расчетный счет Первичной профсоюзной организации Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн № 3» Департамента здравоохранения города Москвы».

 Подтверждаю согласие на обработку моих персональных данных, предусмотренную частью 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»

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

 Подпись

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г.

 Вх-\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_