



ГОЛОС МЕДИЦИНЫ

В региональное отделение
Межрегионального профессионального
союза работников здравоохранения
«Голос медицины»

по _____
области, краю, республике

_____ *от (ФИО работника, должность)*

_____ *(наименование учреждения)*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____ *(ФИО работника, полностью)*

_____ *(адрес места регистрации с индексом)*

паспорт: серия _____ № _____, дата рождения _____,
выдан _____

_____, e-mail _____ телефон: _____

прошу принять меня в члены Межрегионального профсоюза работников здравоохранения «Голос медицины» и представлять мои интересы по вопросам социально-трудовых и непосредственно связанных с ними отношений. Обязуюсь выполнять Устав Профсоюза, уплачивать членские профсоюзные взносы и принимать участие в деятельности профсоюзной организации.

В соответствии с Трудовым кодексом РФ и Федеральным законом «О персональных данных» с целью представительства и защиты моих социально-трудовых прав и профессиональных интересов для организации профсоюзного учёта, даю согласие на обработку моих персональных данных в период моего членства в Межрегиональном Профсоюзе работников здравоохранения «Голос медицины». Данное согласие могу отозвать в любое время по письменному требованию.

_____ *(дата)*

_____ *подпись*

_____ *(ФИО)*

**один экземпляр заявления хранится у председателя регионального отделения, второй отправляется председателю профсоюза.*