



# ГОЛОС МЕДИЦИНЫ

В первичную профсоюзную организацию  
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.*