



# ГОЛОС МЕДИЦИНЫ

В Межрегиональный профессиональный  
союз работников здравоохранения  
«Голос медицины»

\_\_\_\_\_ 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.