Главному врачу ГУЗ «Минский областной центр скорой медицинской помощи»

Вариводской А.А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 (должность, место работы)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас отчислять из моей заработной платы членские взносы на счёт первичной профсоюзной организации УЗ «МОЦСМП» путём безналичного перечисления бухгалтерией учреждения в размере, определённом Уставом Белорусского профсоюза работников здравоохранения 1% от размера заработной платы.

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

 (подпись)