

В профсоюзный комитет первичной профсоюзной организации МПРЗ «Действие»
работников ГБУЗ Областной онкологический диспансер _____
название учреждения здравоохранения

от _____
фамилия, имя, отчество,

работающего(ей) в _____
подразделение, сокращенное название учреждения здравоохранения

в должности _____ ,

проживающего(ей) по адресу: _____

контактный телефон _____, e-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в члены Межрегионального профессионального союза работников здравоохранения «Действие». С Уставом МПРЗ "Действие" ознакомлен(а), цели и задачи МПРЗ «Действие» разделяю. С установленным размером и порядком уплаты членских взносов согласен(на).

Прошу представлять мои интересы по социально-трудовым вопросам во взаимоотношениях с представителями работодателя, органами государственной власти и местного самоуправления, запрашивать, получать у работодателя необходимую для этого информацию, включая мои персональные данные. Даю согласие на обработку моих персональных данных (совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных») в уставных целях профсоюза

Дата _____

Подпись: _____