\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Профсоюзный комитет первичной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ профсоюзной организации

 ФИО пенсионера работников учреждения образования

 «Белорусский государственный

 медицинский университет»

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

дата

Прошу сохранить профсоюзное членство в Белорусском профсоюзе работников здравоохранения и оставить на учете в первичной профсоюзной организации работников учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» Белорусского профсоюза работников здравоохранения сроком на 5 лет в соответствии с п.3.11 Постановления №1 профсоюзной конференции от 26.02.2024.

Членом Белорусского профсоюза работников здравоохранения являюсь с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года.

 (месяц, год)

С Уставом Белорусского профсоюза работников здравоохранения ознакомлен, признаю, обязуюсь выполнять.

 Профсоюзные взносы обязуюсь уплачивать в соответствии с нормами Устава Белорусского профсоюза работников здравоохранения

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

 подпись фамилия, имя, отчество полностью

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

контактный телефон (моб.)

Приложение: выписка из карт-счета, № карт-счета, действителен до \_\_\_\_\_

Домашний адрес:

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