

**Председателю
ППО ГБПОУ ДЗМ «Медицинский
колледж №2»**

от _____

(должность)

(Ф.И.О.)

(Филиал)

Заявление

Прошу принять меня в Профсоюз работников здравоохранения города Москвы и поставить на учет в Первичной профсоюзной организации Государственного бюджетного профессионального учреждения Департамента здравоохранения города Москвы «Медицинский колледж №2»

Подтверждаю согласие на обработку моих персональных данных, предусмотренную частью 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

«__» _____ 20__ года

**Председателю
ППО ГБПОУ ДЗМ «Медицинский
колледж №2»**

от _____
(должность)

(Ф.И.О.)

(Филиал)

Заявление

Прошу ежемесячно удерживать из моей заработной платы денежные средства в размере 1%, предназначенные для уплаты членских профсоюзных взносов, и перечислять их на расчетный счет Первичной профсоюзной организации Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения Департамента здравоохранения города Москвы «Медицинский колледж №2»

«__» _____ 20__ года
