

В профсоюзный комитет
КГБУЗ «КМКБ №20 им. И.С. Берзона»

от _____

должность _____

отделение _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в члены профсоюза работников здравоохранения РФ и
высчитывать профсоюзные взносы из моей заработной платы (1%).

Дата _____

Подпись _____