

Вх № _____
от _____

Председателю ППО ПСПбГМУ им. академика
И.П.Павлова Вахитову М.Ш. от
Ф.И.О. _____

«__» «_____» «__» года рождения

Телефон _____

Категория обучения: ординатура/аспирантура

Форма обучения: (иностранцы граждане, бюджет
(целевое обучение), бюджет, контракт)

Подразделение _____

Заявление.

Я, _____ (ФИО и должность)
прошу принять меня в члены Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации. Обязуюсь выполнять Устав Профсоюза, уплачивать членские профсоюзные взносы и принимать участие в деятельности организации Профсоюза. В соответствии с Трудовым кодексом РФ и ФЗ «О персональных данных» и с целью представительства и защиты моих социально-трудовых прав и профессиональных интересов, организации профсоюзного учета даю согласие на обработку моих персональных данных (Ф.И.О., год и дата рождения, образование, профессия, семейное положение, заработная плата) на весь период моего членства в Профессиональном союзе работников здравоохранения Российской Федерации.

_____ (_____)
дата подпись расшифровка подписи

Главному бухгалтеру
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.акад. И.П. Павлова
Министерства здравоохранения России от
Ф.И.О. _____

«__» «_____» «__» года рождения

Телефон _____

Категория обучения: ординатура/аспирантура

Форма обучения: (иностранцы граждане, бюджет (целевое
обучение), бюджет, контракт)

Подразделение _____

Прошу принять меня в члены Профсоюзной организации. С Уставом ознакомлен(а), обязуюсь выполнять и уплачивать профсоюзные взносы в размере 1% (один процент) от моей государственной стипендии.

Подпись _____ (_____)

Дата _____