Белорусскому профсоюзу работников здравоохранения

комитету ППО учреждения

«Гомельский областной дом ребёнка для детей с поражением ЦНС и нарушением психики»

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

(должность)

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

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

(фамилия, имя, отчество)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в Белорусскому профсоюзу работников здравоохранения, поставить на профсоюзный учёт в ППО учреждения «Гомельский областной дом ребёнка для детей с поражением ЦНС и нарушением психики».

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

(дата) (подпись) (инициалы, фамилия)