Председателю ППО ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ»

Давыдовой А.В.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность полностью)

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

(подразделение полностью)

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

(Ф.И.О. полностью)

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

(контактный телефон)

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу **исключить меня из членов Профсоюза** работников здравоохранения города Москвы Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн № 3 Департамента здравоохранения города Москвы»

В связи с выходом из Профсоюза прошу прекратить ежемесячное удержание из моей заработной платы денежных средств в размере 1%, предназначенные для уплаты членских профсоюзных взносов.

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

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

Подпись

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 г.

Вх-\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_