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-\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_