



**В межрегиональный профессиональный союз работников здравоохранения  
«Альянс Врачей» г. Москвы  
адрес: 109451, г. Москва, ул. Братиславская, 18-1-483**

от \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, проживающего(ей) и  
зарегистрированного (ой) по адресу:

\_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

работающей в \_\_\_\_\_

в должности \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о вступлении в МПРЗ «Альянс Врачей»**

Прошу принять меня в члены Межрегионального профессионального союза работников здравоохранения «Альянс Врачей». Обязуюсь выполнять Устав профсоюза, уплачивать членские профсоюзные взносы и принимать участие в деятельности профсоюза.

С установленным размером и порядком уплаты членских взносов ознакомлена. Выбираю способ уплаты членских взносов в фиксированной форме. Прошу поставить меня на членский учет Совета МПРЗ «Альянс Врачей».

Прошу представлять мои интересы по социально-трудовым вопросам во взаимоотношениях с работодателем, органами государственной власти и местного самоуправления, государственными органами надзора и контроля, запрашивать, получать у работодателя необходимую для этого информацию, включая мои персональные данные. Даю согласие на обработку моих персональных данных (совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных») в уставных целях профсоюза, в целях организационной работы и защиты моих трудовых и социальных прав и законных интересов.

Подпись: \_\_\_\_\_/(ФИО)\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ года