**ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ**

**НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ**

 **КОЛЛЕКТИВНОГО ДОГОВОРА**

 Главному врачу Председателю

 УЗ «Жлобинская ЦРБ» профсоюзного комитета

 Топчию Е.Н. УЗ «Жлобинская ЦРБ»

 Толканица Р.В.

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

 ФИО

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

ЗАЯВЛЕНИЕ должность, отделение

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021

Прошу распространить на меня действие коллективного договора УЗ «Жлобинская ЦРБ», ***так как я вступил(а) в профсоюз*** *(если работал (а) и не был(а) членом профсоюза)* ***или так как я принят(а) на работу*** в УЗ «Жлобинская ЦРБ» с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021.

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *подпись*

СОГЛАСОВАНО СОГЛАСОВАНО

Главный врач Председатель

УЗ «Жлобинская ЦРБ» профсоюзного комитета

Топчий Е.Н. УЗ «Жлобинская ЦРБ»

 Толканица Р.В.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*дата, подпись дата, подпись*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*