

\_\_\_\_\_  
(Директору регіональної філії, філії або керівнику структурного підрозділу)

\_\_\_\_\_  
(ПІБ)

Працівника \_\_\_\_\_  
(посада,

\_\_\_\_\_  
дільниця,

\_\_\_\_\_  
прізвище, ім'я, по-батькові)

### **Заява**

Прошу щомісяця, починаючи з \_\_\_\_\_ 20\_\_ р., утримувати з моєї заробітної плати членські внески в сумі 100 грн. і перераховувати їх у філію Східного регіону громадської організації «Лікарняна каса Львівської залізниці».

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(підпис)