

Председателю  
первичной профсоюзной организации  
учреждения здравоохранения  
ГУЗ «Минский областной центр скорой  
медицинской помощи»  
Царукову С.А.

---

Место работы, должность

---

---

Фамилия, имя, отчество заявителя

### Заявление.

В соответствии с коллективным договором прошу компенсировать мне стоимость посещения физкультурно-оздоровительного комплекса.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

---

(подпись)