# Žádost o vystavení potvrzení o zaplacení členských příspěvků

 Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků Fakultní nemocnice Olomouc

 Zdravotníků 248/7, 779 00

 v  roce …………………………………..

**Žadatel:**

Příjmení…………………………………Jméno………………………..Rodné číslo…………………………………………

Pracoviště…………………………………………………………………………Tel.kl……………………………………………

V Olomouci dne:……………………………………. Podpis…………………………………………………….

# Žádost o vystavení potvrzení o zaplacení členských příspěvků

 Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků Fakultní nemocnice Olomouc

 Zdravotníků 248/7, 779 00

 v  roce …………………………………..

**Žadatel:**

Příjmení…………………………………Jméno………………………..Rodné číslo…………………………………………

Pracoviště…………………………………………………………………………Tel.kl……………………………………………

V Olomouci dne:……………………………………. Podpis……………………………………………………..