|  |  |
| --- | --- |
|  | **Томская региональная общественная организация****«Профессиональная ассоциация медицинских сестёр Томской области»**Белинского проезд, 2-13, Томск г., Томская обл., 634029, тел. (3822) 51-45-11,89095496769e-mail: fedot-tanya@yandex.ru , ИНН/КПП 7017193811/701701001**«О проведении сверки членов****Профессиональной ассоциации****медицинских сестер****Томской области****на 1 квартал 2016 года»****Уважаемые руководители сестринского персонала!** |

Для создания базы данных и получения достоверной информации о численности членов Томской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Томской области» (далее Ассоциация) просим Вас провести сверку членов Ассоциации **до 31 марта 2016 г.**

При проведении сверки необходимо учитывать всех членов Ассоциации, работающих в медицинской организации на момент сверки, включая персонал, находящийся в декретном отпуске.

Списки членов Ассоциации составляются в алфавитном порядке с указанием ФИО полностью (при смене фамилии первой указывать новую, в скобках – фамилию при вступлении), занимаемой должности на момент сверки и полного названия места работы, должностного оклада, работы на какую ставку (1 ставка, 0,5 ставки, 0,25 ставки), номера удостоверения и даты вступления (по удостоверениям членов Ассоциации). Не допускаются сокращения.

Списки членов Ассоциации составляются на момент сверки, установленная графиком, в двух экземплярах **(форма № 1**). В таблице указываются только те должности, которые у Вас имеются, согласно приказу МЗ РФ №1183 Н от 20.12.2012г. «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских и фармацевтических работников».

Также просим указать номер и дату Договора, согласно которому происходит выплата членских взносов или указать, что членские взносы выплачиваются непосредственно исполнительному директору наличными по расходным ордерам или через банк.

Если Вы не оплачивали членские взносы в течение года, то, согласно Устава, Вы не считаетесь членом Ассоциации, поэтому Вам необходимо заполнить заявление **Формы №2.**

**Напоминаем!**

Заявления желающих вступить в Ассоциацию лучше оформить до сверки. Во время сверки делать это нежелательно, т.к. в списках вы не сможете указать номера удостоверений, тем самым ухудшится организация сверки.

Если на момент сверки у Вас нет членов Ассоциации, ждем Ваших заявлений, согласно **Форме №2**. Для того, чтобы вступить в ассоциацию, необходимо ознакомиться с Уставом (на сайтах <http://zdrav.tomsk.ru/> и http://stoptb.tomsk.ru/ в разделе Ассоциация или ТРОО ПАМСТО), написать заявление, оплатить вступительный взнос 100 рублей, далее ежемесячно 1 % от должностного оклада (через отчисления бухгалтерии по вашему письменному заявлению - прилагается). При возникновении вопросов Вы можете обратиться по телефонам 8-909-549-67-69. Можете пересылать информацию в электронном виде по адресам: IlinixNV@stoptb.tomsk.ru, fedot-tanya@yandex.ru

Спасибо за сотрудничество! Надеемся на своевременное и успешное проведение сверки членов Ассоциации!

Председатель ТРОО ПАМСТО Т. Ю. Федоткина

***Форма № 1***

**Список**

**членов Томской профессиональной сестринской ассоциации**

*(название медицинской организации)*

**на « » 2016 года**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п.** | **ФИО****(полностью)** | **Должность** | **Место работы****(отделение)** | **№** **Удостоверения.****Дата**  | **Должностной оклад** | **Ставка** | **Дата выхода из декрет-ного отпуска** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |

*Общее количество членов Ассоциации* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*Количество членов Ассоциации, находящихся в декретном отпуске* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Главная медицинская сестра И.О.Фамилия

 Дата сдачи списка

***Форма № 2***

Председателю

ТРОО «Профессиональная ассоциация

медицинских сестер Томской области»

Федоткиной Татьяне Юрьевне

От

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя

Отчество

Дата рождения « » 19

Почтовый индекс:

Домашний адрес:

(город, поселок, улица, № дома, кв.)

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

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (домашний, сотовый)

 Адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Место работы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, отделение, наименование ЛПУ)

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

Образование, специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в члены ТРОО «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Томской области». С уставом ознакомлен (а). Оплачиваю вступительный взнос в размере 100 руб. Обязуюсь регулярно платить членские взносы в размере 1 (один) % от должностного оклада. Согласна (согласен) на обработку моих персональных данных.

Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ удостоверения \_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись лица, принявшего заявление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В бухгалтерию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя

Отчество

Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу перечислять ежемесячно членские взносы в ТРОО «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Томской области» в размере 1 (один) % от должностного оклада.

|  |
| --- |
| Томская региональная общественная организация «Профессиональная ассоциация медицинских сестёр Томской области»Адрес: г. Томск, ул. Белинского 2–13ИНН 7017193811/КПП 701701001р/с №40703810664000002771в Томском ОСБ № 8616  к/с №30101810800000000606 БИК 046902606 КПП 701701001 |

Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_