**Обязательство об имущественной ответственности**

Я, нижеподписавшийся,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( выборная должность, фамилия, имя ,отчество)

Принимаю на себя материальную ответственность за все порученные мне Саратовской областной организацией профсоюза работников здравоохранения РФ денежные средства Профкома .

В случае если я по моей халатности, небрежности или неосторожности причиню ущерб Саратовской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ, обязан возместить его в полном размере.

Я обязуюсь точно выполнять установленные правила хранения и ведения материальных и денежных ценностей и несу ответственность за их нарушение.

Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прописан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рабочий телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мобильный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

(подпись, расшифровка подписи)

**М.П**.