Руководителю Краснодарской краевой

общественной организации

медицинских работников

Д.А.Любченко

350080, г. Краснодар, ул. Тюляева, д.16

тел: (861) 236-95-85, 260-21-32

факс: (861) 236-95-85, 260-21-94

е-mail: [kkoomr@yandex.ru](mailto:kkoomr@yandex.ru)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О (полностью, **разборчиво**)

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

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в члены Краснодарской краевой общественной организации медицинских работников.

Обязуюсь в своих заявлениях и действиях не противоречить Уставу организации.

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

(подпись)

Дополнительные сведения:

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

Образование (название ВУЗа, год окончания):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Специальность (по диплому):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы (название учреждения, занимаемая должность):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон: раб.(с кодом города) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_моб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку (сбор, использование, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, а именно: *ФИО, пол, дата рождения, место работы, гражданство, сертификат, специальность, адрес, контактный телефон, длительность трудовых отношений, вид и условия оказываемой медицинской помощи, вид должности, подразделение, сведения о документе, удостоверяющем личность.*

Я утверждаю, что ознакомлен (а) с положением о порядке получения обработки, хранения и передачи персональных данных работников государственных учреждений, государственных унитарных предприятий, государственных образовательных учреждений среднего профессионального образования, а так же с моими правами и обязанностями в этой области.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течении неопределенного срока. Согласие может быть отозвано в любое время на основании моего письменного заявления.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством письменного заявления.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)