|  |  |
| --- | --- |
|  | В общественную организацию «Ассоциация медицинских и фармацевтических работников Иркутской области»от врача, провизора, (нужное подчеркнуть), работающего в должности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в члены общественной организации «Ассоциация медицинских и фармацевтических работников Иркутской области».

С Уставом Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских и фармацевтических работников Иркутской области» ознакомлен.

Обязуюсь регулярно платить членские взносы в порядке и размере, определяемом организацией, соблюдать Устав и участвовать в деятельности организации, выполнять решения руководящих органов организации.

Приложение:

1. Анкета Члена общественной организации «Ассоциация медицинских и фармацевтических работников Иркутской области».
2. Согласие на обработку персональных данных.
3. Копия диплома.
4. Копия квитанции об оплате вступительного взноса.

|  |  |
| --- | --- |
| **« »** 2021года | Подпись: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

**АНКЕТА**

**члена общественной организации**

**«Ассоциация медицинских и фармацевтических работников**

**Иркутской области»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Фамилия, имя, отчество |  |
| **2.** | Число, месяц, год и место рождения |  |
| **3.** | Паспортные данные |  |
| **4.** | Образование (когда и какие высшие учебные заведения окончил), специализация (сведения о сертификатах) |  |
| **5.** | Место работы, должность  |  |
| **6.** | Ученая степень (ученое звание) |  |
| **7.** | Контактные телефоны |  |
| **8.** | Адрес электронной почты |  |
| **9.** | Почтовый адрес (индекс, населенный пункт, улица, дом, квартира) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **«\_\_\_»  \_\_\_\_\_\_\_\_** 20\_\_**\_** года  | Подпись: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

**Согласие на обработку персональных данных**

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

(Ф.И.О.)

зарегистрированный (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,именуемый в дальнейшем Субъект,

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных общественной организации «Ассоциация медицинских и фармацевтических работников Иркутской области» (ОО «АМИФРИО») (далее - Оператор), ИНН 3808271374, адрес местонахождения: 664003, г. Иркутск, бул. Гагарина,18.

Даю согласие на обработку Оператору своих персональных данных, то есть совершение следующих действий: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, смешанным способом (автоматизированным и неавтоматизированным).

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в Единый реестр (списки, реестры) и другие отчетные формы.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку надлежаще уполномоченному представителю организации.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, организация обязана прекратить их обработку и исключить персональные данные из базы данных, в том числе электронной, за исключением сведений о фамилии, имени, отчестве, дате рождения.

Настоящее согласие дано мной « » 2021 года и действует 10 лет.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_