Председателю

Некоммерческого партнерства

«Союз медицинских организаций и

врачей Приморского края»

Мухотиной А.Г.

doctor-nmp-pk@mail.ru

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (Ф.И.О.) | | | |
| Место работы: | | |  |
|  | | | |
| Должность: | |  | |
|  | |  | |
| ИНН: |  | | |
| СНИЛС: |  | | |
| Моб. Тел.: | | (указать обязательно) | |
| E-mail: | (указать обязательно) | | |
|  | (указать обязательно) | | |

Заявления

Прошу принять меня в члены Некоммерческого партнерства «Союз медицинских организаций и врачей Приморского края».

В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных Некоммерческим партнерством «Союз медицинских организаций и врачей Приморского края», при условии, что их обработка осуществляется уполномоченным лицом, принявшим обязательства о сохранении конфиденциальности указанных сведений. Предоставляю Некоммерческому партнерству «Союз медицинских организаций и врачей Приморского края» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и другие отчетные формы, а также использование, обезличивание, уничтожение.

Некоммерческое партнерство «Союз медицинских организаций и врачей Приморского края» вправе обрабатывать мои персональные данные.

Настоящее согласие дано мной «＿» 202\_\_ года и действует бессрочно. С Уставом Некоммерческого партнерства «Союз медицинских организаций и врачей Приморского края» ознакомлен.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | (подпись) |

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.