Президенту АСМР УО

Лебедевой Т.В.

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

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Обязательная графа**

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

Наименование ЛПУ

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

Отделение

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

*должность*

Заявление

Прошу принять меня в члены Ассоциации средних медицинских работников Ульяновской области. С Уставом Ассоциации ознакомлена. Обязуюсь выполнять все обязанности члена Ассоциации и своевременно уплачивать членские и иные взносы.

Я, даю свое согласие на удержание из моей заработной платы 5 % от должностного оклада в качестве вступительного взноса и 1% от должностного оклада ежемесячно в качестве членских взносов, для перечисления в Ассоциацию.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*подпись ФИО*

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

Общий стаж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность *(основная*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность (*дополнительная, при наличии*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность (*дополнительная, при наличии*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Не возражаю против получения и сообщения Вами сведений обо мне, содержащих данные: фамилия, имя, отчество, даты рождения, образование, профессия, должность, паспортные данные с целью обеспечения деятельности в области здравоохранения и ведения учета членов Ассоциации средних медицинских работников Ульяновской области, в документальной, электронной или устной форме, без определения срока действия согласия.

Настоящее заявление может быть отозвано мной в письменной форме.

Даю своё согласие на обработку персональных данных.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись