Президенту НП УРА СМР

Лебедевой Т.В.

Фамилия

Имя

Отчество

Домашний адрес:

*(город, поселок, улица, № дома, кв.)*

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

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

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

Место работы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(должность, отделение, наименование ЛПУ)*

Заявление

Прошу принять меня в члены Некоммерческого партнерства «Ульяновская региональная ассоциация средних медицинских работников». С Уставом Ассоциации ознакомлена. Обязуюсь выполнять все обязанности члена Ассоциации и своевременно уплачивать членские и иные взносы.

Я, являюсь работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*( название ЛПУ, отделение, должность)*

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

и 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, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное положение, образование, профессия, должность, паспортные данные с целью обеспечения деятельности в области здравоохранения и ведения учета членов НП «Ульяновская региональная ассоциация средних медицинских работников», 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