

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