



# АСМР

АССОЦИАЦИЯ СРЕДНИХ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

## ЗАЯВЛЕНИЕ

ПРОШУ ПРИНЯТЬ МЕНЯ В ЧЛЕНЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ “АССОЦИАЦИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ”

ФИО \_\_\_\_\_ Д Р \_\_\_\_\_

МЕСТО РАБОТЫ \_\_\_\_\_

ОТДЕЛЕНИЕ \_\_\_\_\_

ДОЛЖНОСТЬ \_\_\_\_\_

СТАЖ РАБОТЫ \_\_\_\_\_

ДОМАШНИЙ АДРЕС \_\_\_\_\_

СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_

ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_ ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Региональной общественной организацией «Ассоциация средних медицинских работников Свердловской области» (далее – Ассоциация) моих персональных данных в соответствии с Заявлением на вступление в Ассоциацию в целях проверки на соответствие требованиям, предъявляемым Ассоциацией, при условии, что их обработка осуществляется уполномоченным Ассоциацией лицом, принявшим обязательства о сохранении конфиденциальности указанных сведений. Предоставляю Ассоциации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Ассоциация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в Единый реестр членов Ассоциации, списки и другие отчетные формы.

ДАТА \_\_\_\_\_ ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_

Г. ЕКАТЕРИНБУРГ, ВЕРХ-ИСЕТСКИЙ БУЛЬВАР 13А, КАБ. 213

**“УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!  
МЫ, АССОЦИАЦИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ,  
ОЧЕНЬ РАДЫ ТОМУ, ЧТО ВЫ СДЕЛАЛИ ПЕРВЫЙ ШАГ К  
ОБЪЕДИНЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА!”**