Председателю Совета СМС «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области» М.В. Иванову

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

Ф.И.О.

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

место работы, должность

***Заявление***

Прошу принять меня в члены СМС «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области».

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись

**Согласие на обработку персональных данных**

Я ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения))

Паспорт серии \_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(орган, выдавший паспорт и дата выдачи)

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

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на основании [ст. 9](https://internet.garant.ru/#/document/12148567/entry/9) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных» в целях обеспечения соблюдения Конституции Российской Федерации, федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов Воронежскойдаю свое согласие союзом медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области» (далее – Ассоциация) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку своих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а именно на предоставление персональных данных ИФНС, Министерству здравоохранения Российской Федерации, Союзу медицинского сообщества «Национальная медицинская палата».

Категории и перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Персональные данные | Согласие | |
|  |  | ДА | НЕТ |
| 1. Общие персональные данные | | | |
|  | Фамилия |  |  |
|  | Имя |  |  |
|  | Отчество (при наличии) |  |  |
|  | Год, месяц, дата и место рождения |  |  |
|  | Адрес |  |  |
|  | СНИЛС |  |  |
|  | ИНН |  |  |
|  | должность |  |  |
|  | специальность |  |  |

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных, только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников и с использованием информационно-телекоммуникационных сетей.

Настоящее согласие действует до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О) подпись