|  |
| --- |
| Председателю Союза медицинского сообщества  «Медицинская Палата Республики Башкортостан»  Д.Ш.Сабирзяновой  От Ф.И.О.(полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Эл.адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Конт.тел\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ (СОГЛАСИЕ)**

**Прошу принять меня в члены Союза медицинского сообщества «Медицинская Палата Республики Башкортостан», с Уставом которого ознакомлен(а) и обязуюсь исполнять его требования.**

**Выражаю свое согласие Союзу медицинского сообщества «Медицинская Палата Республики Башкортостан» (далее – МП РБ), расположенного по адресу: 450078, РБ, г. Уфа, ул. Коммунистическая, д. 39 на обработку моих персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество; должность; место работы; сведения об образовании; специальность; электронный адрес; контактный телефон и другую информацию, указанную в заявлениях и документах, предоставляемых мной МП РБ, в целях оказания содействия МП РБ в выполнении его обязанностей при принятии меня в члены МП РБ и последующем состоянии в ней.**

**Предоставляю МП РБ право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, уничтожение моих персональных данных.**

**Данное согласие действительно с момента предоставления документов Оператору, на срок вступления и нахождения в статусе члена МП РБ и после моего выхода из МП РБ на срок архивного хранения документов, установленный действующими нормативными правовыми актами. Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия МП РБ решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.**

**Согласие может быть полностью (или частично) отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.**

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

**Для физлица:** размер взноса составляет **1000 рублей в год**. *(Решение Правления МП РБ от 17.04.2019)*

Оплату возможно произвести наличными или перечислить через банк.

**Реквизиты банка: Получатель МП РБ.**

**Сбербанк России 8598, ,**

**Р/сч 40703810806000000060, к/с 30101810300000000601, БИК 048073601**

**ИНН 0274990335 КПП 027401001**

**Назначение платежа - членские взносы за период\_\_\_\_\_г.**