

Председателю Правления КРОО
«Кировская стоматологическая ассоциация» Халявиной Ирине Николаевне

Ф.И.О.

адрес места жительства

тел.

e-mail

заявление.

Прошу принять меня в члены Кировской региональной общественной организации «Кировская стоматологическая ассоциация».

В настоящее время моя специальность по сертификату: _____

_____ ,
я занимаю должность _____,
в медицинской организации _____
имею квалификационную категорию _____, ученую степень _____,
звание _____

Я ознакомлен(а) с Уставом КРОО «Кировская стоматологическая ассоциация» и обязуюсь его соблюдать.

Я поставлен(а) в известность, что на момент подачи настоящего заявления вступительный взнос в КРОО «Кировская стоматологическая ассоциация» составляет 500,00 руб., ежемесячный взнос – 100,00 руб.

Мне известно, что в случае неоплаты мною членских взносов более чем в течение 6 (Шести) месяцев я могу быть исключен(а) из членства в КРОО «Кировская стоматологическая ассоциация», и обязуюсь уплачивать членские взносы, перечисляя их по следующим реквизитам:

КРОО «Кировская стоматологическая ассоциация»

ИНН 4346040822/КПП 434501001

ОРГН 1034300000492

Юридический адрес: 610035 г. Киров ул. Попова, 24а

Почтовый адрес места нахождения Председателя Правления: г. Киров ул. К.

Либкнехта, 92, каб.30, тел. 8332-641116, факс 8332-649744

р/с 40703810600010000012 в АО КБ «Хлынов»

к/с 30101810100000000711, БИК 043304711

«__» _____ 20__ г.

_____ (подпись)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

ФИО

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие Кировской региональной общественной организации «Кировская стоматологическая ассоциация», ИНН 4346040822 (далее по тексту – оператор), на обработку моих персональных данных, в целях оказания содействия оператору в выполнении его обязанностей при принятии меня в члены КРОО «Кировская стоматологическая ассоциация» и последующем состоянии в ней.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество члена Организации;
- дата вступления в члены Организации;
- место работы и должность;
- специальность и специализация по сертификату;
- квалификационная категория, ученая степень и звание (при наличии);
- телефон (мобильный, рабочий, домашний), e-mail;
- адрес места жительства;
- стаж работы и стаж работы по стоматологической специальности
- наименование учебного заведения и год окончания;
- награды и дата награждения, в том числе СТАР;
- членство в СТАР (год);
- должность в местной территориальной Ассоциации СТАР;
- другие данные, необходимые при заполнении анкеты или запросов СТАР по утвержденной форме.

Даю согласие на производство следующих действий с моими персональными данными: обработка персональных данных (любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Подтверждаю, что в целях информационного обеспечения, к моим общедоступным персональным данным относятся следующие сведения: **ФИО, номер служебного телефона и служебной электронной почты, сведения о месте работы и занимаемой должности, фото и видеосъемка моей служебной деятельности как специалиста-стоматолога в целях освещения в СМИ.** То есть указанные общедоступные персональные данные могут быть распространены оператором как в бумажных, так и электронных вариантах различных изданий и в СМИ без моего согласия.

Данное согласие действительно с момента предоставления заявления на принятие в члены КРОО «Кировская стоматологическая ассоциация», и после моего выхода из КРОО «Кировская стоматологическая ассоциация» на срок архивного хранения документов, установленный действующими нормативными правовыми актами.

Обязуюсь при изменении персональных данных письменно уведомлять оператора об изменениях в срок, не превышающий 30 календарных дней.

Настоящее согласие может быть отозвано полностью или частично на основании моего заявления.

Дата _____

Подпись _____



АНКЕТА

физического лица-члена Стоматологической Ассоциации России (СтАР),
состоящего на учете в Региональном Общественном Объединении:

« _____ »
_____»
(указать название территориальной Ассоциации)

1. Ф.И.О.: _____

2. Дата рождения: _____ 3. Член Стоматологической Ассоциации России: _____

4. Адрес места жительства: « _____ » (год вступления)
(индекс) (республика, край, область, город)
_____ (улица, дом, квартира)

5. Адрес электронной почты (e-mail): _____

6. Телефоны: Моб.тел.: _____; Раб.тел.: (____) _____; (____) _____

7. Место работы: _____
(точное наименование предприятия, объединения, учреждения, организации, министерства, ведомства)

8. Должность: _____

9. Адрес места работы: _____

10. Общий стаж работы: _____ 11. Стаж работы в отрасли: _____

12. Образование: _____ 13. Специальность по сертификату: _____

- Стоматология Стоматология общей практики Стоматология ортопедическая Стоматология терапевтическая
- Ортодонтия Стоматология хирургическая Челюстно-лицевая хирургия Организация здравоохранения и общественное здоровье
- Стоматология детская Зубной врач Зубной техник Гигиенист

14. Наименование учебного заведения: _____
_____ год окончания: _____

15. Ученая степень, ученое звание, квалификационная категория: _____

16. Награжден (а) государственными наградами:

- 1. _____ дата награждения: _____
- 2. _____ дата награждения: _____
- 3. _____ дата награждения: _____

17. Награжден (а) наградами Стоматологической Ассоциации России

- Почетное звание «Заслуженный стоматолог» Орден I степени «За заслуги перед стоматологией» Орден II степени «За заслуги перед стоматологией» Медаль «Отличник стоматологии»

Я подтверждаю свое согласие на обработку, хранение и использование Стоматологической Ассоциацией России (СтАР) моих персональных данных.

Подпись лица, заполнившего анкету _____ / _____