|  |  |
| --- | --- |
|  | Голові громадської організації  «СПІЛКА СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ»  **Буню Ю.М.**  ***П.І.Б., дата народження*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Адреса місця реєстрації/проживання***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Номери телефонів:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

***З А Я В А***

***про вступ до громадської організації******«СПІЛКА СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ»*** *.*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу прийняти мене в члени громадської організації «СПІЛКА СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ».

Дійсним повідомляю та підтверджую, що ознайомився(лась) з положеннями Статуту ГО «СПІЛКА СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ». Згоден(на) з ним і зобов’язуюсь його дотримуватись. Ознайомлений(на) з напрямами та метою діяльністю організації та підтримую їх. Зобов’язуюсь підтримувати постійний інформаційний зв’язок з організацією, сплачувати членські внески та брати участь у діяльності ГО «СПІЛКА СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ». В разі порушень мною зазначених у статуті положень в період мого членства в ГО «СПІЛКА СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ», я усвідомлюю і визнаю, що це може стати причиною мого виключення з членів Організації.

До заяви мною додається копія паспорту та документу про присвоєння РНОКПП.

***Дата:***  . 202 . ***Підпис:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ***

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.(П. І. Б.) народився «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_19\_\_року, паспорт серії \_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,виданий “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_р.

ким виданиий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ відповідно до Закону України «Про захист персональних даних” надаю згоду ГО «СПІЛКА СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ» на збір, обробку, використання та передачу третім особам моїх персональних даних, які будуть внесені до бази персональних даних членів ГО «СПІЛКА СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ» для підготовки відповідно до вимог законодавства статистичної, адміністративної-правової та іншої інформації, внутрішніх документів організації, а також з метою забезпечення ефективної діяльності ГО «СПІЛКА СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ». Під обробкою моїх персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» розуміється будьяка дія або сукупність дій, здійснюваних повністю або частково в інформаційній автоматизованій системі та/або в картотеках персональних даних, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, відновленням, використанням та поширенням, знеособленням, знищенням відомостей про мене як члена ГО «СПІЛКА СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ». Цим також підтверджую та погоджуюся з тим, що мені відомо про включення інформації про мене до бази персональних даних ГО «СПІЛКА СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ» з метою забезпечення її ефективної діяльності, про мої права, визначені Законом, та пропередачу моїх даних колу осіб, визначених Законом. Зобов’язуюсь повідомляти ГО «СПІЛКА СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ» про зміну своїх персональних даних протягом одного місяця з дати таких змін.

***Дата***: . .202 . ***Підпис:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_