

В Правление МРБООИ «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям»

(Ф.И.О.полностью): _____

Дата рождения: _____

Диагноз: _____

Справка МСЭ № _____ выдано (кем, дата)

Адрес проживания:(индекс) _____

(республика, область): _____

(город, район) _____

(улица, дом) _____

e-mail: _____ тел.: _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу принять меня в члены Межрегиональной благотворительной общественной организации инвалидов «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям». С Уставом организации ознакомлен (на). Обязуюсь исполнять.

Прошу Межрегиональную благотворительную общественную организацию инвалидов «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям» при необходимости оказывать мне помощь, в т.ч. юридическую (но не ограничиваясь таковой) по защите прав и законных интересов в области здравоохранения в различных структурах, в органах власти и пр.

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных» даю согласие на обработку МРБООИ «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям» следующих моих персональных данных: Ф.И.О.; дата рождения; серия и номер паспорта; кем и когда выдан паспорт; номер подразделения выдавшего паспорт; серия и номер справки подтверждающей наличие инвалидности; дата выдачи справки подтверждающей наличие инвалидности; наименование и адрес по месту жительства, номер мобильного телефона, адрес электронной почты, и иных персональных данных полученных от меня в рамках членства в организации, для осуществления внутренних процедур оной.

Дата: _____

Подпись: _____ / _____ /

Принял _____

Дата: _____