

**Голові Правління
філії Харківського регіону
громадської організації “Лікарняна каса Львівської залізниці”**

для працюючого	Прізвище																					
	Ім'я																					
	По батькові																					
	Стать (ч/ж)	<input type="checkbox"/>																				
	Дата народження	рік					місяць			день												
	Домашня адреса																					
	Контактний телефон																					
	Паспорт	серія					№															
	Ідентифікаційний номер																					
	Місце праці																					
Посада																						

Заява

Прошу прийняти мене в члени філії *Харківського регіону* громадської організації “Лікарняна каса Львівської залізниці”.

Зі Статутом громадської організації та Положенням про філію ознайомлений і приймаю на себе зобов'язання дотримуватись їх, а також рішень керівних органів та вчасно сплачувати членські внески.

Дата _____

Підпис _____ (_____)

Підписанням цього тексту я, відповідно до Закону України “Про захист персональних даних” від 01.06.2010 № 2297-VI, письмово надаю згоду ГО “Лікарняна каса Львівської залізниці”, її філіям (далі - ГО ЛКЛЗ) на обробку моїх особистих персональних даних у картотеках та/або за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи бази персональних даних з метою забезпечення медичного обслуговування через ГО ЛКЛЗ. Зобов'язуюсь при зміні персональних даних надавати у найкоротший термін відповідальній особі уточнену інформацію та надавати оригінали відповідних документів для внесення моїх нових особистих даних до бази персональних даних. **Про внесення моїх персональних даних у базу даних ГО ЛКЛЗ повідомлений.**

Дата _____

Підпис _____ (_____)

Відмітка про отримання заяви філією Харківського регіону ГО ЛКЛЗ

Дата _____

Підпис _____