

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

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

**Заява**

Прошу прийняти мене в члени філії *Центрального 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 Центрального регіону ГО ЛКЛЗ**

Дата \_\_\_\_\_

Підпис \_\_\_\_\_