

Голові Правління
філії Південного регіону

громадської організації “Лікарняна каса Львівської залізниці”

Заповнює член сім'ї (друкованими літерами)

д л я ч л е н а с і м ' ї

Прізвище																											
Ім'я																											
По батькові																											
Стать (ч/ж)	☐																										
Дата народження	рік					місяць			день																		
Домашня адреса																											
Контактний телефон																											
Паспорт	серія					№																					
Ідентифікаційний номер																											
Місце праці																											
Посада																											

Заява

Прошу прийняти мене в члени філії Південного 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.

Додаток: 1. Довідка про стан здоров'я з лікувально-профілактичного закладу за місцем обслуговування (ф-027/о).

2. Копія свідоцтва про укладання шлюбу/ народження.

3. Копія ІПН та паспорту.

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 відокремленим підрозділам (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, її відокремлені підрозділи. 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, її відокремлених підрозділів повідомлений.**

Дата _____

Підпис _____ (_____)

Заповнює ЧЛК, що буде сплачувати членські внески за члена родини (друкованими літерами):

ступінь споріднення - чоловік/дружина, батько/мати, син/дочка
(потрібне підкреслити)

д л я п р а ц і в н и к а

Прізвище																										
Ім'я																										
По батькові																										
Ідентифікаційний номер																										
Місце праці																										
Посада																										
Контактний телефон																										

Дата _____

Підпис _____ (_____)

Відмітка про отримання заяви філією Південного регіону ГО ЛКЛЗ

Дата _____

Підпис _____