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

Заповнює член сім’ї (друкованими літерами)

для члена сім’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 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.

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)

для працівника

Прізвище
Ім'я
По батькові
Ідентифікаційний номер
Місце праці

Посада
Контактний телефон

Дата_____ Підпис_____ (_____)

Відмітка про отримання заяви філією **Центрального регіону** ***ГО ЛКЛЗ***

Дата _____ *Підпис* _____