

**Правлінню Громадської Спілки
«Всеукраїнська спілка безперервної медичної освіти»**

(ПІБ)

(посада)

(регіон/область проживання)

(номер диплому про медичну освіту)

(номер мобільного телефону)

(електронна адреса)

**ЗАЯВА
про вступ до Громадської Спілки
«Всеукраїнська спілка безперервної медичної освіти»**

Я, _____,
(ПІБ повністю)

прошу прийняти мене в члени Громадської Спілки «Всеукраїнська спілка безперервної медичної освіти».

З положеннями Статуту ГС «Всеукраїнська спілка безперервної медичної освіти» ознайомлений(на), згоден(на) з ними і зобов'язуюсь їх дотримуватись. У разі порушень зазначених у Статуті положень в період членства в Громадській Спілці «Всеукраїнська спілка безперервної медичної освіти», я усвідомлюю і визнаю, що це може стати причиною виключення мене з лав організації.

Також повідомляю, що відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» даю згоду на обробку моїх персональних даних і підтверджую, що повідомлений(на) про свої права, мету збору моїх даних.

Мені відомо, що ГС «Всеукраїнська спілка безперервної медичної освіти» не передає свої бази даних третім особам і зберігає конфіденційність зазначеної вище інформації відповідно до законодавства.

Я погоджусь отримувати інформаційні матеріали від ГС «Всеукраїнська спілка безперервної медичної освіти».

До заяви додаю:

1. Копію диплому про вищу освіту
2. Копію документу про зміну прізвища (у разі такого випадку)

Дата « » 20 року

Підпис: _____