

Голові Правління

громадської організації "Лікарняна каса Львівської залізниці"
(зазначити назву філії ГО, з якої Ви вибуваєте)

Голові Правління

громадської організації "Лікарняна каса Львівської залізниці"
(зазначити назву філії ГО, в яку Ви переводитесь)

для працюючого

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 перевести мене з членів
організації "Лікарняна каса Львівської залізниці" (назва філії) громадської
організації "Лікарняна каса Львівської залізниці" (назва філії) в члени
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 _____ ГО ЛКЛЗ
Дата _____ Підпис _____