

**Место для
фотографии**

АНКЕТА
кандидата в члены РОО «Врачебная Палата» Пензенской области

Ф.И.О. члена	
Дата рождения (число, месяц, год)	
Образование (наименование и год окончания ВУЗа)	
Специальность, специальности	
Категория (если имеется)	
Ученая степень (если имеется)	
Ученое звание (если имеется)	
Место работы (должность, название организации)	
Телефон (служебный, мобильный) с кодом	
Адрес проживания:	
Электронный адрес:	

Я _____
даю согласие Региональной общественной организации по защите прав и законных интересов медицинских и фармацевтических работников «Врачебная Палата» Пензенской области на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, представленных в данной анкете.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва в письменной форме.

(собственноручная подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)