|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ГБУЗ МО МОНИКИ  Им. М.Ф. Владимирского  129110, г. Москва, ул. Щепкина 61/2,  кор.1, каб. 302  Президенту РАСФД  профессору Берестень Н.Ф.  e-mail: RASFD@yandex.ru |  | **В Совет общероссийской общественной организации**  **“Российская Ассоциация специалистов**  **функциональной диагностики”**  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Фамилия, Инициалы |

# **ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять меня в члены общероссийской общественной организации «Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики» (РАСФД).

*Заполняя и подписывая настоящее заявление, Вы выражаете свое явное согласие общероссийской общественной организации “Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики” (РАСФД)*

*ОГРН 1027739842745, ИНН 7702268019:*

*- осуществлять с использованием средств автоматизации и/или без таковых обработку всех персональных данных, указанных в настоящем Заявлении, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, в связи с членством в РАСФД, а также поручать обработку всех персональных данных, указанных в Заявлении, другим лицам любым способом в вышеуказанных целях. Персональные данные могут использоваться после прекращения членства, в том числе, путем направления лицу, предоставившему свои персональные данные, электронных писем, смс сообщений, письменный уведомлений в целях информирования о предстоящих мероприятиях (конференциях/съездах/прочее), а также в иных информационных целях;*

*- на получение информации, в том числе рекламного содержания, передаваемой по одному или нескольким средствам (способам) связи: мобильному телефону, электронной почте, указанным в Заявлении (преимущественно посредством электронной почты).*

*Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока и может быть отозвано (полностью или в части) на основании соответствующего письменного заявления, направленного по адресу электронной почты* [*rasfd@yandex.ru*](mailto:rasfd@yandex.ru)*.*

С Уставом Ассоциации ознакомлен и согласен.

## **О себе сообщаю следующие сведения: *Подпись*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.Фамилия:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **7.Место работы** (организация): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Имя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | подразделение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **2.Гражданство**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **8.Адрес места работы**: почтовый индекс: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| дата рождения: |\_\_|\_\_| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| г. | республика, край, область: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **3.Домашний адрес**: почтовый индекс: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | район: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| республика, край, область: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | город, населенный пункт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| район: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | улица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| город, населенный пункт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | дом/корпус: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| улица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **9.Образование**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(высшее, среднее специальное, среднее) |
| дом/корпус: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **10.Ученая степень**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **11.Ученое звание**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **4.Паспорт**: серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **12.Квалификационная категория** (обвести): нет|0|; II-я |1| I-я |2|; высшая |3| |
| кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **13.Область занятий в функциональной диагностике** (обвести): ЭКГ|1| |
| дата выдачи: |\_\_|\_\_| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| г. | периф.гемод. |2|; центр.гемод. |3|; УЗИ с/с сист. |4|; УЗИ головы. |5|; ЭЭГ |6| |
| **5.Телефоны** | ЭМГ |7|; внешн.дых.|8|; др.области |9|(какие):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **6.Email**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Дата заполнения:** |\_\_|\_\_| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|**2**|**0**|**2**|\_ \_| г. |