

Директору Ассоциации врачей лучевой и
инструментальной диагностики
Республики Бурятия
Ханееву В.Б.

от _____
_____ (ФИО полностью)

_____ (врача-рентгенолога,
врача УЗД, инженера, рентгенолаборанта ... и т.д.)
_____ контактный телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу включить меня в Ассоциацию врачей лучевой и инструментальной
диагностики Республики Бурятия.

С условиями вступления в АВЛИД РБ ознакомлен.

_____ подпись
_____ дата

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных

зарегистрированный (ая) по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность: _____,
вид документа, № документа, когда и кем выдан

даю согласие на обработку моих персональных данных Ассоциацией врачей лучевой и инструментальной
диагностики Республики Бурятия (далее оператор).

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие*:

1. Фамилия, имя, отчество
2. Число, месяц, год и место рождения
3. Паспортные данные
4. Образование
5. Место работы, должность
6. Ученая степень (научное или иное звание)
7. Контактные телефоны
8. Адрес электронной почты

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание
используемых оператором способов обработки:

1. Хранение персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);
2. Уточнение (обновление, изменение) персональных данных;
3. Передача персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

*Настоящее согласие дается на весь срок членства в ИРОО «БОРР».

Порядок отзыва настоящего согласия: по личному заявлению субъекта персональных данных

_____ (подпись)

_____ Расшифровка подписи