

Председателю Ставропольской краевой  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ

А.И.Кривко

**ЗАЯВЛЕНИЕ.**

Я, \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. полностью

\_\_\_\_\_ адрес регистрации  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ Г.

\_\_\_\_\_ кем выдан  
ИНН \_\_\_\_\_, член первичной профсоюзной организации

прошу перечислить мне единовременную материальную помощь из Фонда «Оздоровление» Ставропольской краевой организации профсоюза работников здравоохранения РФ на санаторно-курортное лечение на мою пластиковую карту по следующим реквизитам:

р/с \_\_\_\_\_

в банке \_\_\_\_\_  
(наименование банка, БИК банка)

№ пластиковой карты \_\_\_\_\_ .

Я, \_\_\_\_\_,  
даю свое согласие Ставропольской краевой организации профсоюза работников здравоохранения РФ, расположенной по адресу: г.Ставрополь, ул.Мира, 455, на обработку, получение, систематизацию, накопление, обобщение, обезличивание, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, уничтожение с использованием бумажных носителей, всех персональных данных, указанных в настоящем заявлении в целях ведения финансово-хозяйственной деятельности организации и требований действующего законодательства. Ставропольская краевая организация профсоюза работников здравоохранения РФ имеет право передавать мои данные в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, уполномоченным на то органам. Срок действия данного согласия устанавливается на период с даты подписания на 5 лет. Моя подпись на заявлении одновременно подтверждает согласие на обработку моих персональных данных.

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ подпись