

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 материальную помощь из Фонда «Солидарность»
Ставропольской краевой организации профсоюза работников
здравоохранения РФ 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