Правлінню

громадської організації

«Українське товариство неонатальної та

перинатальної медицини

лікаря/медичної сестри

необхідне підкреслити

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва лікувального закладу)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(П.І.Б.)

що проживає за адресою:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу прийняти мене до громадської організації «Українське

Товариство неонатальної та перинатальної медицини» (надалі за текстом – ГО).

Зі змістом Статуту та внутрішніх нормативних Положень організації

ознайомлений, їх визнаю і зобов’язуюсь їх виконувати. Підтверджую, що вся надана мною інформація у додатку до цієї заяви є достовірною.

Надаю згоду на використання даної інформації відповідно до мети та

завдань, викладених у Статуті, та на обробку моїх персональних даних, а також

їх подальшого використання згідно Закону України «Про захист персональних

даних».

Із членством в ГО «Українське товариство неонатальної та перинатальної медицини» та наданням моїх особистих даних до загального реєстру членів згідний(на).

У випадку, якщо за 30 календарних днів до закінчення терміну мого членства в ГО мною не буде заявлено про вихід із складу членів Спілки у зазначений термін (строк) спливу мого членства, то таке членство

вважається пролонгованим автоматично на один або два календарних роки, в

залежності від розміру членського внеску. Кількість пролонгацій є

необмеженою. Разом із пролонгацією членства підтверджую свою згоду із

можливими змінами та/або доповненнями до Статуту та внутрішніх документів

спілки за умови належного інформування про такі зміни.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Дата: д/м/р особистий підпис*

Контактний телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактний e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_