

**Председателю Правления  
Ассоциации профессиональных участников  
помощи по уходу**

От \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО)  
Паспорт № \_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_  
(Номер паспорта, кем выдан,  
Дата выдачи, код подразделения)  
\_\_\_\_\_  
(ИНН)  
\_\_\_\_\_  
(Адрес регистрации)  
\_\_\_\_\_  
(Адрес фактического проживания)  
\_\_\_\_\_  
(Контактный телефон)  
\_\_\_\_\_  
(Адрес электронной почты)  
\_\_\_\_\_  
(Место работы)  
\_\_\_\_\_  
(Должность)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В порядке и на условиях, установленных учредительными документами Ассоциации профессиональных участников помощи по уходу, прошу принять меня,

\_\_\_\_\_  
(ФИО),

в члены Ассоциации профессиональных участников помощи по уходу.

Я, \_\_\_\_\_, подтверждаю, что ознакомлен (-а):  
(ФИО)

- с уставными целями, задачами и предметом деятельности Ассоциации, а также с принципами и направлениями её деятельности, и намерен (-а) способствовать укреплению Ассоциации, решению стоящих перед ней целей и задач;
- с правами и обязанностями членов Ассоциации, закрепленными Уставом Ассоциации, в том числе с обязанностями члена, касающимися участия в управлении деятельностью Ассоциации, внесения вступительных, членских и иных взносов.

Я, \_\_\_\_\_, настоящим своей волей и в своем  
(ФИО)

интересе с целью ведения Ассоциацией реестра членов Ассоциации, координации деятельности членов Ассоциации, содействия деятельности членов Ассоциации, а также для достижения иных целей и задач Ассоциации, в том числе в целях уведомления членов о предстоящих очередных и внеочередных общих собраниях членов, даю согласие Ассоциации профессиональных участников помощи по уходу на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих всех вышеуказанных персональных данных (фамилия, имя, отчество, место жительства, паспортные данные, должность и место работы, контактные телефоны и иные данные, предоставленные мною

сейчас и в будущем), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение всего периода, на протяжении которого я, \_\_\_\_\_, буду являться членом Ассоциации.

(ФИО)

*Приложение:*  
*Копия паспорта*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

\_\_\_\_\_ *Подпись*

\_\_\_\_\_ *ФИО*