Председателю Межрегиональной общественной организации «Пациентское сообщество рахитоподобных заболеваний «Последствия»
Вобликову Сергею Николаевичу
Иванова Ивана Ивановича
(от кого, ФИО)

проживающей(го) по адресу:
Индекс: 000000, г. Москва, ул. ...., дом..., квартира....

контактный телефон:
+7 00 00 00 00 00

ЗАЯВЛЕНИЕ

Ознакомившись с Уставом Межрегиональной общественной организации «Пациентское сообщество рахитоподобных заболеваний «Последствия» (далее по тексту МОО «ПСРЗ «Последствия»), утвержденного Общим собранием учредителей, прошу принять меня в члены МОО «ПСРЗ «Последствия».

С уставом МОО «ПСРЗ «Последствия» ознакомлен(а) и согласен(а), цели и задачи поддерживаю. Не возражаю против того, чтобы организация представляла мои интересы в органах власти.

Согласие на обработку данных: □*при согласии поставить галочку*

Настоящим подтверждаю, что содержащиеся в анкете персональные данные соответствуют действительности. Я согласен с тем, что мои персональные данные будут использованы МОО «ПСРЗ «Последствия» для проведения опросов и рассылки информационных материалов и включены в базу данных МОО «ПСРЗ «Последствия».

АНКЕТА.

Фамилия: Иванов

Имя: Иван

Отчество: Иванович

Пол: Муж.

Дата рождения: 01.01.1985

ОБРАЗЕЦ

Регион: Московская обл.

Город: Москва

Адрес: ул...

Индекс: 000 000

E-mail: ivanov.i.i.@rickets.ru

Телефон: +7 (000)0000000

Серия и номер паспорта: сер. 0000 №000 000

Когда и кем выдан: МВД г. Москвы

Я представляю заболевание (ГФР- гипофосфатемический рахит, или ВЗДР – витамин-Д-зависимый рахит, или ГФФ -гипофосфатазии) обязательно указать ГФР, являюсь пациентом (родителем, родственником – нужное подчеркнуть).

Чем можете помочь организации, дело добровольное, отвечать по желанию:
Вы уверенный пользователь ПК Да
Владение иностранными языками (если Да, указать какими) англ.
Ваша мобильность (возможность участия в семинарах и конференциях) Могу принять участие
Чем можете помочь организации? Распространение информации

Хотели бы Вы участвовать в работе организации? Если Да, то Как?
Да, могу распространять информацию о сообществе
Что для вас наиболее важно для организации? Объединение пациентов, взаимопомощь

Образование Высшее Специальность Экономист
Ваш род занятий(профессия) Экономист
Участие в социальных частях: ☐ ВКонтакте, ☐ Facebook, ☐ Одноклассники, ☐ Twitter ☐ Instagram Другие Telegram

(дата) 05.12.2022

(подпись) Иванов (ФИО) Иванов И.В.

Анкеты без согласия на обработку персональных данных и без личной подписи не рассматриваются.

Председателю Межрегиональной общественной организации «Пациентское сообщество рахитоподобных заболеваний «Последствия»
Вобликову Сергею Николаевичу
Иванова Ивана Ивановича
(от кого, ФИО)

паспорт РФ
0000 № 000 000
выданного
МВД г. Москвы

код подразделения
000
дата выдачи
01.06.2020
проживающей(го) по адресу:
Инд.000000, Московская обл. г.Москва, ул..., дом...

контактный телефон:
+7 (000)0000000

Если согласие на себя, то ставим прочерк и пишем свою дату рождения

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, гражданин(ка) Российской Федерации
Иванов Иван Иванович
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)
действующий(ая) в интересах
Иванова Николая Ивановича
(свои Ф.И.О. или ребёнка в случае подачи заявления родителем или законным представителем)
года рождения 28.02.2015 ,страдающего рахитоподобным заболеванием Гипофосфатемический рахит
, (диагноз)

подписывая данный документ, даю согласие и право на предоставление интересов и представление моих персональных данных (моего ребенка) МОО «ПСРЗ «Последствия», юридический адрес: Амурская область г.Благовещенск ул.Фрунзе 40 кв.31; Почтовый адрес: 675002 Амурская область г.Благовещенск ул.Фрунзе 40 кв.31, эл.адрес: rickets.rus.ra@yandex.ru , а именно: - на обработку, распространение и использование своих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

Образец

- на получение, предоставление и использование сведений составляющих врачебную тайну (в том числе о состоянии моего здоровья (моего ребенка), имеющихся заболеваниях, проводимых и планируемых методах лечения и другой информации связанной с моим здоровьем) в соответствии с п.3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- на представление моих интересов (в том числе: подавать обращения, жалобы, письма и т.д.; запрашивать информацию, касающуюся меня и моего здоровья с использований персональных данных, в том числе содержащих медицинские сведения) в организациях законодательной, исполнительной и судебной власти, в государственных и муниципальных органах и учреждениях, а также в иных органах, учреждениях и организациях, с целью:

- защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц;

- осуществления правосудия;

- осуществления от моего имени прав предусмотренных ст. 3 Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

- и иных действий в рамках законодательства РФ.

Образец

Я позволяю получать любую информацию о состоянии моего (моего ребенка) здоровья, в том числе любые сведения о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи, знакомиться с медицинской документацией, отражающей, состояние моего здоровья (моего ребенка), получать отражающие состояние моего здоровья (моего ребенка) любые медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.

Согласие на обработку, распространение и использование моих персональных данных действует до момента получения Председателем МОО «ПСРЗ «Последствия», моего письменного заявления о прекращении данного права, путем направления заявления в адрес МОО «ПСРЗ «Последствия», письмом с уведомлением о доставке.

Я, в качестве благополучателя МОО «ПСРЗ «Последствия», именуемой в дальнейшем «Организация» обязуюсь:

- не разглашать конфиденциальную информацию Организации, которая мне будут доверена или станет известна в рамках взаимодействия с Организацией;

- не передавать третьим лицам и не раскрывать публично конфиденциальную информацию Организации без согласия Организации;

- не передавать третьим лицам никаких носителей конфиденциальной информации Организации, представляющих интеллектуальную собственность Организации (письма, обращения в различные инстанции, кино-, фото материалы, модели печатной продукции и пр.), которые находились в моем распоряжении;

- в случае попытки посторонних лиц получить от меня конфиденциальную информацию Организации немедленно сообщить Председателю МОО «ПСРЗ «Последствия»;

Образец

- не использовать знание конфиденциальной информации Организации для занятий любой деятельностью, которая может нанести ущерб Организации;

До моего сведения также доведены с разъяснениями соответствующие положения по обеспечению сохранности конфиденциальной информации Организации. Мне известно, что нарушение этих положений может повлечь уголовную, административную, гражданско-правовую или иную ответственность, предусмотренную ст. 13.11, 13.14 КоАП РФ, ст. 183 УК РФ, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Я понимаю всю информацию, содержащуюся в данном документе, и подписываюсь под ней. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получить удовлетворившие меня ответы. У меня было достаточно времени для принятия самостоятельного решения.

«05» декабря 2022

ФИО (полностью) Иванов Иван Иванович

подпись Иванов