***Президенту***

***Некоммерческого партнерства***

 ***«Профессиональное общество гигиенистов стоматологических»***

***Соболевой Ирине Владимировне***

***От*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, даю согласие Некоммерческому партнерству «Профессиональное общество гигиенистов стоматологических» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно – совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152 ФЗ «О персональных данных», содержащихся в настоящем заявлении, в целях осуществления уставной деятельности Партнерства, обеспечения соблюдения требований законов и иных нормативно-правовых актов, а также предоставления сторонним лицам (включая органы государственного и муниципального управления) в рамках требований законодательства Российской Федерации, оформления учетных документов, списка членов Партнерства, размещения на официальном сайте Партнерства (в части указания ФИО, фотографии, сведений об образовании и города места жительства Заявителя), а именно: сбор, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, передачу, обезличивание, блокирование и уничтожение следующих персональных данных:

- паспортные данные Заявителя, включая, но не ограничиваясь ФИО, датой и местом рождения, серии и номера паспорта, адреса регистрации по месту жительства;

- сведения о дате фактического места жительства;

- сведения об ИНН и номере свидетельства пенсионного страхования Заявителя;

- контактные данные Заявителя (дом/сот. телефоны, адреса электронной почты и иной формы связи);

- сведения о месте работы и занимаемой должности;

- сведения об образовании по специальности «Стоматология профилактическая», сведения о полученных сертификатах и сроках их действия;

- данные о банковских реквизитах Заявителя;

- фотографии Заявителя полученные от него и в ходе официальных мероприятий Партнерства.

Подтверждаю достоверность представленных сведений. Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

*(Подпись) (Ф.И.О.)*