****АНКЕТА - ЗАЯВЛЕНИЕ

№ членского билета\_\_\_\_\_\_\_

(присваивается Оргкомитетом после внесения в реестр)

Прошу принять меня в члены «АССОЦИАЦИИ ЭНДОКРИННЫХ ХИРУРГОВ»

В соответствие со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-Федерального Закона «О персональных данных» я даю согласие ФГБУ ЭНЦ на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, а именно: совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 ФЗ от 27 июля 2006 года №152-Федерального Закона «О персональных данных», со предоставленными мною в анкете сведениям. Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Об уплате ежегодных членских взносов уведомлен.

Представители администрации «АССОЦИАЦИИ ЭНДОКРИННЫХ ХИРУРГОВ» гарантируют сохранность личных данных своих членов, а также информирование, исключительно по профессиональным вопросам.

**♦♦** Отмеченные поля обязательны для заполнения

**♦♦** Анкета должна быть заполнена ПЕЧАТНЫМИ буквами.

**♦♦** Сканированные или сфотографированные копии анкеты и оплаченной квитанции

высылайте на e-mail : asendo.org@gmail.com

|  |  |
| --- | --- |
| **E-MAIL** |  |
| **ФАМИЛИЯ** |  |
| **ИМЯ** |  |
| **ОТЧЕСТВО** |  |
| **УЧЁНОЕ ЗВАНИЕ** |  |
| **УЧЕНАЯ СТЕПЕНЬ** |  |
| **ВРАЧЕБНАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ**  **отметить** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Хирург | Онколог | Эндокринолог | Радиолог | | Врач УЗД | Патоморфолог | Генетик | Лабораторный исследователь | | Химиотерапевт |  |  | Другая специальность | |
| **ДОЛЖНОСТЬ И МЕСТО РАБОТЫ, АДРЕС организации,** |  |
| **ДАТА РОЖДЕНИЯ** |  |
| **ТЕЛЕФОН** |  |
| **СТРАНА** |  |
| **ГОРОД** |  |
| **ОБЛАСТЬ** |  |
| **ИНДЕКС** |  |
| **АДРЕС почтовый** |  |

ЧИСЛО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПОДПИСЬ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представители администрации «АССОЦИАЦИИ ЭНДОКРИННЫХ ХИРУРГОВ» гарантируют сохранность личных данных своих членов, а также информирование, исключительно по профессиональным вопросам.

**♦♦** Отмеченные поля обязательны для заполнения

**♦♦** Анкета должна быть заполнена ПЕЧАТНЫМИ буквами.

**♦♦** Сканированные или сфотографированные копии анкеты и оплаченной квитанции

высылайте на e-mail : asendo.org@gmail.com

ОПЛАТА

**ВСТУПИТЕЛЬНЫЙ ВЗНОС 500 рублей 00 коп. (разовый) ЧЛЕНСКИЙ ВЗНОС 3000 рублей 00 коп. (ежегодно)**

Платеж по реквизитам АЭХ:

(Платеж по реквизитам можно осуществить через личный кабинет интернет- банка (комиссия банка 3%.)

Для активации вашего членства, необходимо отправить копии анкеты и квитанции с пометкой «АЭХ» об оплате на e-mail: asendo.org@gmail.com

или на номер +7 (911)904 98 58 (Viber, WhatsApp, Telegram)

|  |  |
| --- | --- |
| Платеж | Получатель: «АССОЦИАЦИЯ ЭНДОКРИННЫХ ХИРУРГОВ»  КПП: 783901001 ИНН: 7839069493  Код ОКАТО: -    P/сч.: 40703810890190000048  Дополнительный офис «Площадь Искусств»  ПАО «Банк» Санкт-Петербург»  БИК: 044030790  к/сч.: 30101810900000000790  Платеж: **Оплата вступительного и членского взноса**  «АССОЦИАЦИЯ ЭНДОКРИННЫХ ХИРУРГОВ» **20\_\_\_\_\_\_г.»**  Плательщик: ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес плательщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сумма: \_\_\_\_\_\_\_ руб.00 коп.  Сумма оплаты услуг банка: \_\_\_\_\_\_ руб. \_\_коп.  Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: " \_\_ " \_\_\_\_\_\_\_  20\_\_\_\_\_ г. |
| Квитанция | Получатель: «АССОЦИАЦИЯ ЭНДОКРИННЫХ ХИРУРГОВ»  КПП: 783901001 ИНН: 7839069493  Код ОКАТО: -    р/сч.: 40703810890190000048  Дополнительный офис «Площадь Искусств»  ПАО «Банк» Санкт-Петербург»  БИК: 044030790 к /сч.: 30101810900000000790  Платеж: **Оплата вступительного и членского взноса**  «АССОЦИАЦИЯ ЭНДОКРИННЫХ ХИРУРГОВ» **20\_\_\_\_\_ г.»**  Плательщик: ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес плательщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сумма: \_\_\_\_\_\_\_руб.00 коп.  Сумма оплаты услуг банка: \_\_\_\_\_\_ руб. \_\_коп.  Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: " \_\_ " \_\_\_\_\_\_\_  20\_\_\_\_\_ г. |