



**«НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ПРАКТИК»**
(НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ)

125047, Москва, площадь Тверская застава, д.3, офис 301

**Президенту Национальной профессиональной ассоциации
специалистов народной медицины и оздоровительных практик
Егорову В.В.**

от _____
(ФИО)

проживающего (ей) по адресу: _____

паспорт _____
(серия, номер)

(когда и кем выдан)

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я, _____,
(Ф.И.О.)

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие **Национальной профессиональной ассоциации специалистов народной медицины и оздоровительных практик**, находящейся по адресу 125047, г. Москва, пл. Тверская Застава, д.3, **на обработку моих персональных данных, а именно:** фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, место жительства, место работы, контактные данные (телефон, факс, e-mail), данные анкеты и иные сведения, относящиеся к моему образованию, регистрации трудовой/предпринимательской деятельности, а также ИНН, банковские реквизиты, то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ч. 1 ст. 3 Федерального закона «О персональных данных».

Кроме того, **я не возражаю против получения/сообщения сведений обо мне в какой-либо форме (письменной или устной):**

- учреждениям государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения;
- государственным и муниципальным органам управления здравоохранением;
- саморегулируемым организациям в здравоохранении;
- правоохранительным органам;
- общественным/профессиональным некоммерческим объединениям медицинских работников.

а также размещения сведений обо мне на интернет-сайте Национальной профессиональной ассоциации специалистов народной медицины и оздоровительных практик

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

« ____ » _____ 201__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)