|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Согласие   
на обработку персональных данных   
кандидата в члены/члена общественной организации**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью), "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь кандидатом в члены/членом **Региональной общественной организации «Гильдия специалистов фармацевтического маркетинга» (знак обслуживания - РАФМ),**

в соответствии со [ст. 9](consultantplus://offline/ref=E5650C372F93EC39DF3E5D1A9AF75EA00FD52F4888FF16AAE5174291DCDD9988FBD45CFE871A83EEAF3EBD069B1F9DF971582D1932D234A1Y0I8P) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 19 мая 1995 года N 82-ФЗ «Об общественных организациях» в целях:

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;

- осуществления моих прав и обязанностей кандидата/члена общественной организации;

**даю согласие Региональной общественной организации «Гильдия специалистов фармацевтического маркетинга»** на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество;

- пол, возраст;

- дата и место рождения;

- паспортные данные (номер, серия, дата выдачи, кем выдан), гражданство;

- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;

- номер телефона (мобильный), адрес личной электронной почты;

- место работы, должность, срок пребывания на данном рабочем месте, предыдущий опыт работы;

- телефон служебный, адрес служебной электронной почты;

- ученая степень, ученое звание;

- имеющиеся научные труды, публикации.

Настоящим даю свое согласие на получение информационных рассылок, связанных с деятельностью общественной организации, а также проведения другими лицами конференций, семинаров, тренингов, выставок, «круглых столов» по вопросам фармацевтического рынка.

Настоящим даю свое согласие на размещение моей фамилии, имени и отчества на сайте <https://rafm.ru/> общественной организации в списке действительных членов организации:

Да/Нет (нужное подчеркнуть).

В случае избрания меня в органы управления/контроля общественной организации даю согласие на размещение моей фотографии на сайте <https://rafm.ru/>.

Настоящим я уведомлен, что отказ в предоставлении персональных данных или предоставлении заведомо ложных данных может привести к отказу в принятии меня в члены организации или прекращении моего членства.

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

Такой срок не ограничивает общественную организацию в вопросах организации архивного хранения документов, содержащих персональные данные, в электронной (цифровой) форме, в соответствии с требованиями законодательства РФ.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ г. Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/