

В Национальный Центр Комплементарной и Альтернативной Медицины Грузии

ОТ _____

Фамилия, имя, отчество, ИНН

Дата и место рождения

адрес места жительства / регистрации (город, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)

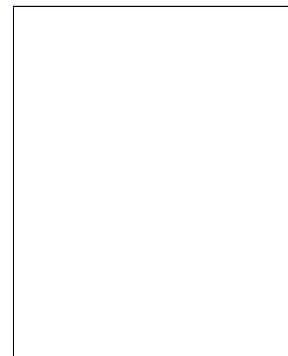
место работы (род занятий)

образование

Удостоверение (серия, номер, когда и кем выдан)

контактный телефон

E-mail



ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в члены **Национального Центра Комплементарной и Альтернативной Медицины Грузии** (далее – Центр).

С Уставом и Программой Центра ознакомлен(а) и признаю их положения, цели и задачи Центра разделяю, обязуюсь участвовать в деятельности Центра и ее структурных подразделений. Обязуюсь соблюдать Устав Центра.

Даю согласие об извещении меня о проводящихся мероприятиях (в том числе конференций и общих собраний) по почте, по электронной почте, по телефону, по средством мобильной связи, непосредственно (любым из перечисленных способов). При изменении номера телефона и электронной почты, адреса места жительства, обязуюсь сообщить об этом в орган учета членов Центра в течение одной недели с момента такого события.

Согласие на обработку персональных данных:

Даю Национальному Центру Комплементарной и Альтернативной Медицины Грузии и ее соответствующим структурным подразделениям свое согласие на обработку (хранение) и передачу моих персональных данных любым, не запрещенным законом способом в соответствии с ее Уставом и утвержденными уполномоченными органами Центра Положениями.

_____ 2013 г.

Дата

_____ Подпись