Ректору ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Алексеенко С.Н.

от _____

(Ф.И.О.)

Студента_____курса____группы

Института_____

направления_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу удерживать ежемесячно членские профсоюзные взносы в размере 1 % безналичным путем при начислении мне академической стипендии и перечислять удержанные суммы на расчетный счет профсоюзной организации.

_____ _____ _____

дата подпись расшифровка подписи

Я, _____, даю свое согласие ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, расположенному по адресу: ул. Митрофана Седина, 4, первичной профсоюзной организации работников здравоохранения РФ учащихся ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, расположенной по адресу: ул. Митрофана Седина, 4, в целях исполнения данного заявления в соответствии с Уставом Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, а именно: на их сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ) в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, уполномоченным на то органам или организациям, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

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

_____ _____ _____

дата подпись расшифровка подписи