

ДО
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ НА РЕГИОНАЛНАТА
КОЛЕГИЯ НА БЪЛГАРСКАТА
АСОЦИАЦИЯ НА ПОМОЩНИК
ФАРМАЦЕВТИТЕ (БАПФ)

гр.

ЗАЯВЛЕНИЕ
ЗА ЧЛЕНСТВО В БАПФ

Долуподписаният/ ната,

(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ

Гражданство :

Месторождение: гр./с.

община

Адрес :

по местоживеене: гр./с.

код

Област

ул./бул.

№

П.К.

Дом. тел.

Моби лен

E-mail

Адрес по месторабота: гр./с.

код

Област

ул./бул.

№

П.К.

тел.

факс

E-mail

диплома №

от

издана от

диплома за придобита специалност №

от

издана от

диплома за придобита специалност №		от	
издадена от			
Удостоверение за квалификация №		от	
издадена от			

(ненужното се зачертава)

Уважаеми г-н / г-жо Председател,

Моля, да бъде приет/а за член на Българската асоциация на помощник фармацевтите.

Прилагам следните документи:

1. КОПИЕ на диплома за завършено базово образование;
2. КОПИЕ на диплома за специалност или за научна степен – при наличие на такава;
3. КОПИЕ или препис-извлечение на трудова книжка или друг документ, удостоверяващ местоработата и стажа на лицето по специалността – съгласно чл.35, ал.3 от ЗСОМСААМСЗПФ;
4. Снимка 2 броя.

Давам съгласие БАПФ да обработва и съхранява личните ми данни, които са необходими за възникване на членственото правоотношение и неговото поддържане до възникване на причина за прекратяването му.

Декларирам, че ми е известно, че имам право на достъп, коригиране или заличаване на предоставените лични данни, както и право да възразя против обработване и съхраняване на същите за цели, различни от горепосочената.

В случай на някоя от горните хипотези се задължавам писмено да уведомя БАПФ.

Настоящото съгласие предоставям доброволно, с цел да стана член на БАПФ.

Дата:

С уважение:

(име, фамилия ; подпис)