	Председателю аккредитационной комиссии
	от
	тел
	e-mail
	СНИЛС
	(дата рождения, адрес регистрации)
ЗАЯВЛЕН	ИЕ
Я,	ции специалиста
информирую, что успешно завершил(а) осве	о подтверждается
образовании) (с приложениями или иного документа, свидетельст	вующего об окончании освоения образовательной
программы) Учитывая, что я намерен(а) осуществля	ІТЬ
(медицинскую/фармацевтическую деятельность по специально на территории Российской Федерации, про-	
(процедуры аккредитации специалиста начиная	с первого/второго/третьего этапа)
Прилагаю копии следующих документо 1. Документа, удостоверяющего ли	ОВ: ЧНОСТЬ:
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выда 2. Документа (ов) об образовании: _	звшем его органе)
3. Страхового свидетельства госуда	прственного пенсионного страхования:
4. Иных документов:	<b></b>

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-
ФЗ «О персональных данных» в целях организации и проведения аккредитации
специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации
специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации
и членам аккредитационной комиссии под председательством
на обработку моих персональных данных,
указанных в прилагаемых документах и сведений о содержании и результатах
прохождения мной аккредитации специалиста, а именно согласие на любое действие
(операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием
средств автоматизации или без использования таких средств с моими
персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление,
хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу
(распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование,
удаление, уничтожение персональных данных.
(Ф.И.О.) (подпись)
« » 20 г.
<u> </u>

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации 2006, №31, ст.3451; 2011, №31, ст.4701