



БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ НА ПОМОЩНИК-ФАРМАЦЕВТИТЕ

Районна колегия

Дата:г.
Изх. №

ЗАЯВЛЕНИЕ –ДЕКЛАРАЦИЯ за промяна в обстоятелствата

До Управителният съвет на РК на БАПФ

от

(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ

Гражданство :

Месторождение: гр./с.

община

Адрес :

по местоживееене: гр./с.

код

Област

ул./бул.

№

П.К.

Дом. тел.

Моб илен

E-mail

Адрес
по месторабота: гр./с.

--

код

--	--	--	--

Под номер – УНИКАЛЕН ИНДИФИКАЦИОНЕН НОМЕР / УИН / :

--	--	--	--	--	--	--	--

УВЕДОМЯВАМ, че са настъпили изменения в декларираните от мен обстоятелства, изразяващи се в: **(Моля, посочете промяната)**

1. смяна на фамилия
2. мобилен телефон,
3. адреса на месторабота
4. електронна поща

Забележка: Промяната, която желаете да регистрирате се отбелязва със знака V

настъпила промяна във вписаните данни:

.....

.....

.....

/посочва се настъпилата промяна/причините/

Прилагам: документ за идентичност на имената на лице с различни имена за обстоятелство №1.

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.

Гр.....

заявител:

подпис:

