**Голові атестаційної комісії**

 **при Державній службі з**

 **лікарських засобів та**

**контролю за наркотиками у**

 **Дніпропетровській області**

**Мамчуру В.Й**.

 **Державній службі**

**з лікарських засобів та контролю**

**за наркотиками**

 **у Дніпропетровській області**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по-батькові повністю)

ЗАЯВА

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 1 червня 2010р. № 2297-VI даю згоду на обробку моїх персональних даних прізвище, ім’я, по батькові, реєстраційний номер облікової картки платника податків (ідентифікаційний код) та тощо.

Даю згоду на передачу моїх персональних даних третім особам, в межах виконання ними своїх повноважень, передбачених чинних законодавством.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (підпис)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

посвідчую, що отримав повідомлення про включення інформації про мене до бази персональних даних, підготовки статистичної адміністративної та іншої інформації, а також відомості про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних», і про осіб, яким мої дані надаються, для виконання зазначеної мети.

 «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_