



БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ  
НА ЛЕКАРСКИТЕ  
АСИСТЕНТИ И  
ФЕЛДШЕРИТЕ

„Bulgarian association of the physician assistants and feldshers”- (BAPAF).  
Гр София, e-mail: [info@bslaf.bg](mailto:info@bslaf.bg); тел: 0884441139; 0877029301.

ДО

ПРЕДСЕДАТЕЛЯ НА РЕГИОНАЛНАТА КОЛЕГИЯ

НА БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ НА ЛЕКАРСКИТЕ АСИСТЕНТИ И ФЕЛДШЕРИ

гр. ....

**ЗА Я В Л Е Н И Е**  
**ЗА Ч Л Е Н С Т В О В Б С Л А Ф**

Долуподписаният/ната,

--

(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ 

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

 Гражданство :

Месторождение: гр./с. 



 Община

Адрес  
по местоживеене: гр./с. 



 код 

--	--	--	--

Област

ул./бул. 



 № 



 П.К.

Мобилен 



 E-mail

Месторабота 



 код 

--	--	--	--

Адрес по месторабота:  
гр./с. област

ул./бул. 



 № 



 П.К.

Диплома № 



 от

издадена от:

Диплома за  
придобита  
специалност № 



 от

издадена от:

Диплома за  
научна степен  
№

Издадена от:


**Уважаеми Г-н/Г-жо Председател,**

Моля, да бъде приет/а за член на Българския съюз на лекарските асистенти и фелдшерите.

Прилагам следните документи:

1. КОПИЕ на диплома за завършено базово образование;
2. КОПИЕ на диплома за специалност/квалификация 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 ЗСОМСААМСЛАЗПФ;
4. Справка от списъка по чл.185 от Закона за Здравето за обстоятелствата по чл.192 и 193 от Закона за Здравето .
5. Снимки 2 броя.

**Давам съгласие** БСЛАФ да обработва и съхранява личните ми данни, които са необходими за възникване на членството 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 БСЛАФ.**

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

Дата: .....

С уважение: .....  
(име, презиме, фамилия ; подпис)