



БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ
НА ЛЕКАРСКИТЕ
АСИСТЕНТИ И
ФЕЛДШЕРИТЕ

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

Вход.№.....

ЗАЯВЛЕНИЕ – ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ПРОМЯНА В ОБСТОЯТЕЛСТВАТА

До Управителният съвет на РК на БСЛАФ, гр.

От

(име, презиме, фамилия)

ЕГН:.....

Адрес по местоживеене: гр. /с. област:.....

Ул./бул.....№.....вх.....ет.....ап.....

Мобилен:..... E-mai.....

Месторабота:.....

Адрес по месторабота, гр./с.....

ул./бул.....№.....

УНИКАЛЕН ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР / УИН : □□□□□□□□□□

УВЕДОМЯВАМ, че са настъпили изменения в декларираните от мен обстоятелства,
изразяващи се в:

(Моля, посочете промяната с: X)

- смяна на фамилия
- мобилен телефон,
- адреса на месторабота
- електронна поща

Настъпила промяна във вписаните данни:

.....
.....
.....

/посочва се настъпилата промяна-причините/



БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ
НА ЛЕКАРСКИТЕ
АСИСТЕНТИ И
ФЕЛДШЕРИТЕ



БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ
НА ЛЕКАРСКИТЕ
АСИСТЕНТИ И
ФЕЛДШЕРИТЕ

„Bulgarian association of the physician assistants and feldshers”- (BAPAF).

Гр София, e-mail: info@bslaf.bg; тел: 0884441139; 0877029301.

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

Давам съгласие БСЛАФ 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 БСЛАФ.

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

Заявител:

/трите имена и подпис/

Гр.....

дата:.....



БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ
НА ЛЕКАРСКИТЕ
АСИСТЕНТИ И
ФЕЛДШЕРИТЕ