**ПРИЛОЖЕНИЕ №2.**

**Бланк-заявка**

*В Оргкомитет Конкурса*

*«Идеальный гинеколог: какой он?»*

*От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*ФИО (полностью) участника конкурса*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*место работы*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*должность*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*контактная информация  
(телефон, E-mail)*

**ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В КОНКУРСЕ**

Прошу принять мою заявку для участия в конкурсе «Идеальный гинеколог: какой он?»:

1. Название материала:

2. Название СМИ, опубликовавшего материал:

3. Дата выхода материала:

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

Информированное согласие на обработку персональных данных заявителя Настоящим, принимая участие в конкурсе для журналистов (далее - Конкурс), я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – субъект персональных данных), дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (орган, выдавший паспорт), код подразделения \_\_\_\_-\_\_\_\_, зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №-152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных, содержащихся в настоящей Заявке) в целях реализации Конкурса. Настоящим разрешаю совершать обработку персональных данных, указанных в настоящей Заявке, а именно фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес регистрации по месту жительства (с указанием почтового индекса), сведения об основном документе, удостоверяющем личность, номер телефона (с указанием кода города), адрес электронной почты, место работы, должность, номер СНИЛС и ИНН в форме сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, обезличивания, передачи Экспертной комиссии Конкурса, удаления в целях реализации Конкурса, в том числе учета участников Конкурса, рассмотрения и оценки Заявки на Конкурсе, подведения итогов Конкурса.

Настоящим даю согласие на обработку персональных данных, а именно, фамилия, имя, отчество, населенный пункт проживания, сфера деятельности в форме распространения в целях раскрытия информации об участниках и победителях Конкурса, в том числе путем опубликования на официальном сайте [www.w-health.ru](http://www.w-health.ru)

Настоящее Согласие действует в течение 3 (трех) лет с даты его подписания.

Я подтверждаю, что полностью ознакомлен(-а) с вышеупомянутым Согласием до его подписания и проинформирован (-а), что могу отозвать свое Согласие в любое время путем направления отзыва в письменной форме, направив отзыв ценным письмом с описью о вложении. Настоящее Согласие считается отозванным по истечении четырнадцати дней с даты получения Согласия.

Я согласен (-а) на обработку Оргкомитетом персональных данных в форме уничтожения, если по истечении 3 (трех) лет с даты подписания настоящего Согласия или ранее я не воспользуюсь правом отзыва. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/   
 Подпись ФИО Дата

Дата заполнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 

(ФИО расшифровать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_