

кому: Председателю Челябинской местной организации ВОС  
от: Гражданина РФ, инвалида по зрению \_\_\_\_\_ группы  
(группа  
инвалид-  
ности)

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(почтовый индекс)

\_\_\_\_\_  
(город, ул./пр-кт, дом, кв.)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

### **ЗАЯВЛЕНИЕ о принятии в члены ВОС**

Прошу принять меня в члены Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых» (далее – ВОС). Ознакомлен с Уставом ВОС и основными нормативными документами ВОС.

Обязуюсь:

1. соблюдать Устав и нормативные документы ВОС, не нарушать положения действующего законодательства РФ;
2. принимать участие в деятельности ВОС;
3. не наносить ущерб ВОС в любой форме и не совершать действий, дискредитирующих ВОС.

Даю согласие на обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ.

Приложения:

1. Копия паспорта;
2. Копия СНИЛС;
3. Копия ИНН;
4. Копия справки МСЭ;
5. Копия ИПРА.
6. Фото 3х4 (3 шт.)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (ФИО)

кому: Председателю Челябинской местной организации ВОС  
от: Гражданина РФ, инвалида по зрению \_\_\_\_\_ группы  
(группа  
инвалид-  
ности)

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(почтовый индекс)

\_\_\_\_\_  
(город, ул./пр-кт, дом, кв.)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

### **СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

даю согласие Челябинской местной организации ВОС, расположенной по адресу: 454080, Челябинская область, город Челябинск, ул. Клары Цеткин, д. 26, Челябинской ООО ВОС, расположенной по адресу: 454080, Челябинская область, город Челябинск, ул. Клары Цеткин, д. 26, а также Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых» (ВОС), расположенной по адресу: 109012, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Тверской, пер. Большой Черкасский, д.13, стр.4 на обработку следующих моих персональных данных:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Дата рождения.
3. Данные паспорта РФ.
4. Адрес регистрации и проживания.
5. Номер домашнего и мобильного телефона.
6. Место работы и занимаемая должность.
7. Данные МСЭ и иные биометрические данные.
8. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).
9. Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).

Настоящее Согласие действительно с момента его получения до прекращения членства в ВОС.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (ФИО)

кому: Председателю Челябинской местной организации ВОС  
от: Гражданина РФ, инвалида по зрению \_\_\_\_\_ группы  
(группа  
инвалид-  
ности)

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(почтовый индекс)

\_\_\_\_\_  
(город, ул./пр-кт, дом, кв.)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

### **ЗАЯВЛЕНИЕ о постановке на учет в МО ВОС**

Прошу поставить меня на учет в Челябинскую местную организацию ВОС, в связи с переездом на новое место жительства по адресу:

\_\_\_\_\_  
(почтовый индекс, город, ул./пр-кт, дом, кв.)

Приложения:

1. Учетная карточка члена ВОС;
2. Копия справки МСЭ;
3. Копия ИПРА.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (ФИО)

кому: Председателю Челябинской местной организации ВОС  
от: Гражданина РФ, инвалида по зрению \_\_\_\_\_ группы  
(группа  
инвалид-  
ности)

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(почтовый индекс)

\_\_\_\_\_  
(город, ул./пр-кт, дом, кв.)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

### **ЗАЯВЛЕНИЕ о снятии с учета в МО ВОС**

Прошу снять меня с учета в Сретенской местной организации ВОС,  
в связи с переездом

\_\_\_\_\_  
(указать причину)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (ФИО)

кому: Председателю Челябинской местной организации ВОС  
от: Гражданина РФ, инвалида по зрению \_\_\_\_\_ группы  
(группа  
инвалид-  
ности)

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(почтовый индекс)

\_\_\_\_\_  
(город, ул./пр-кт, дом, кв.)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

### **ЗАЯВЛЕНИЕ о восстановлении документов о членстве в ВОС**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
утратила документ, удостоверяющие членство в ВОС \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указать названия утраченного(ых) документа(ов))  
при следующих обстоятельствах \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указать причину утраты документа(ов))  
На основании изложенного, прошу Ваших указаний о восстановлении \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указать названия документа(ов), который(е) необходимо восстановить))  
и направлении документа на мой адрес.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (ФИО)

от Председателя Челябинской местной организации ВОС,  
454080, Челябинская область, город Челябинск, ул.  
Клары Цеткин, д. 26

кому \_\_\_\_\_

(ФИО)

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, область)

\_\_\_\_\_  
(город, дом, строение, корпус, квартира)

## **УВЕДОМЛЕНИЕ**

### **о рассмотрении вопроса об исключении из членов ВОС**

От имени Челябинской местной организации ВОС уведомляю Вас о том, что « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. бюро будет рассматривать вопрос об исключении Вас из членов ВОС. Заседание бюро состоится по адресу: 454080, Челябинская область, город Челябинск, ул. Клары Цеткин, д. 26.

Начало: \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут.

Причина исключения: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

МП

от Председателя Челябинской местной организации ВОС,  
454080, Челябинская область, город Челябинск, ул.  
Клары Цеткин, д. 26

кому \_\_\_\_\_

(ФИО)

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, область)

\_\_\_\_\_  
(город, дом, строение, корпус, квартира)

## **УВЕДОМЛЕНИЕ об исключении из членов ВОС**

От имени Челябинской местной организации ВОС уведомляю Вас об  
исключении из членов ВОС Постановление бюро от \_\_\_\_\_

(дата, № Постановления)

на основании ст. 6. ФЗ «Об общественных объединениях», пункта 20.3 статьи  
20 Устава ВОС и в связи с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(причина)

Вы исключены из членов ВОС.

Сообщаю, что Вы вправе обжаловать решение об исключении в  
двухмесячный срок в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указать вышестоящий орган)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (ФИО)

МП

**ВЕДОМОСТЬ**  
**уплаты вступительных взносов**  
**за 20 \_\_\_\_ год**

<b>№ п/п</b>	<b>Фамилия, имя, отчество члена ВОС</b>	<b>Год</b>	<b>Сумма взноса</b>	<b>Подпись члена ВОС</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1			10,00	
2			10,00	
3			10,00	
4			10,00	
5			10,00	
6			10,00	
7			10,00	
8			10,00	
9			10,00	
10			10,00	
11			10,00	
12			10,00	
13			10,00	
14			10,00	
15			10,00	
16			10,00	
17			10,00	
18			10,00	
19			10,00	
20			10,00	
21			10,00	
22			10,00	
23			10,00	
24			10,00	
25			10,00	
26			10,00	
27			10,00	
28			10,00	
29			10,00	
30			10,00	

Председатель МО ВОС

\_\_\_\_\_  
(подпись)

К. В. Кирьянов

(ФИО)

Сборщик взносов

\_\_\_\_\_  
(подпись)

П. П. Пруссаков

(ФИО)

**ВЕДОМОСТЬ**  
уплаты **членских взносов**  
за **20** \_\_\_\_ год

<b>№ п/п</b>	<b>Фамилия, имя, отчество члена ВОС</b>	<b>Год</b>	<b>Сумма взноса</b>	<b>Подпись члена ВОС</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1			10,00	
2			10,00	
3			10,00	
4			10,00	
5			10,00	
6			10,00	
7			10,00	
8			10,00	
9			10,00	
10			10,00	
11			10,00	
12			10,00	
13			10,00	
14			10,00	
15			10,00	
16			10,00	
17			10,00	
18			10,00	
19			10,00	
20			10,00	
21			10,00	
22			10,00	
23			10,00	
24			10,00	
25			10,00	
26			10,00	
27			10,00	
28			10,00	
29			10,00	
30			10,00	

Председатель МО ВОС

\_\_\_\_\_  
(подпись)

К. В. Кирьянов

(ФИО)

Сборщик взносов

\_\_\_\_\_  
(подпись)

П. П. Пруссаков

(ФИО)