

В АО «Семейный доктор» \_\_\_\_\_

(наименование органа исполнительной власти субъекта  
Российской Федерации в сфере здравоохранения)**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_

адрес регистрации по месту пребывания: \_\_\_\_\_

с целью получения Справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации даю согласие АО "Семейный доктор", юридический адрес: 123242, г. Москва г, ул. Баррикадная, д. 19, стр. 3, на обработку с использованием средств автоматизации (в электронном виде) и без них (на бумажных носителях) своих нижеследующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения; пол; гражданство; семейное положение, данные и реквизиты свидетельства о браке, сведения о составе семьи; данные и реквизиты свидетельства о рождении детей; паспортные данные (в том числе, копии/скан копии паспорта), адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства; номер телефона; адрес электронной почты, идентификационный номер налогоплательщика; сведения о состоянии здоровья.

Настоящее согласие действует в течение года с момента подписания настоящего заявления. Мне разъяснено и понятно, что настоящее согласие может быть отозвано мной путем направления заявления в АО «Семейный доктор» в простой письменной форме.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись)Принял \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. специалиста)" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(дата приема заявления) (подпись специалиста)

.....(линия отреза).....

**РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ**

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_

Принял \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. специалиста)" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(дата приема заявления) (подпись специалиста)