

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)