

В ООО «ЛДЦ «Медиком»

(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 ООО «ЛДЦ «Медиком», юридический адрес: 646900, Омская обл., г. Калачинск, ул. Калинина, д. 27, пом. 10П, 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 ООО «ЛДЦ «Медиком» 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)