г. Комсомольск-на-Амуре,
проспект Ленина 34/3,
тел.:+7(4217) 513-500
Лицензия №ЛО-27-01-002537 от 08.05.2018

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____

(ФИО)

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 "Медицинский центр Озон", фактический адрес: 681013,г. Комсомольск-на-Амуре, пр. Ленина 34/3, каб. 104 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, 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 заявление ООО «Медицинский центр Озон» в простой письменной форме.

.....(линия отреза) .....

Расписка – уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки)_____

_____

Принял_____

_____ _____ _____

(Ф.И.О. специалиста) (дата приема заявления) (подпись специалиста)