

Согласие на обработку персональных данных для получения справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации

Я,

(фамилия, имя, отчество)

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

(кем и когда выдан)

проживающий (ая) по адресу:

(город, улица, дом, квартира)

(контактный номер телефона)

_____ (контактный e-mail)

(далее — субъект персональных данных) выражаю свое согласие

ЗАО «Центральная Поликлиника «Литфонда»

На обработку моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, идентификационный номер налогоплательщика (дата постановки на учет, реквизиты свидетельства постановки на учет в налоговом органе), реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя (при необходимости), адрес электронной почты, контактный телефон, с целью выдачи справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации. Обработка моих персональных данных может осуществляться с использованием и без использования средств автоматизации и включать в себя сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Настоящее согласие действует со дня его подписания в течение всего срока действия договора оказания услуг, а также в соответствии со сроками хранения медицинской документации. Настоящее согласие может быть отозвано путем направления Обществу соответствующего письменного заявления на прекращение обработки персональных данных на адрес, указанный в тексте настоящего согласия.

Я подтверждаю, что, подписывая ниже настоящее согласие, я действую по собственной воле.

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)

