Генеральному директору

ООО «УГМК-Здоровье» Скляру М.С.

от плательщика

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Дата рождения \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.

ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающего(ей) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел для связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу предоставить **Справку** об оплате медицинских услуг, для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги в ООО «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье».

Год, за который необходима справка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, дата рождения пациента (если Плательщик также является пациентом, то его данные также необходимо указывать)

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документы прошу выдать:

лично / по доверенности / адрес электронной почты/ заказным письмом Почтой России

(нужное подчеркнуть)

Если на электронную почту\*, то указать адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если Почтой России, то указать полностью почтовый адрес:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Мне известно, что сведения об обращении гражданина за медицинской помощью являются персональными данными и сведениями, составляющими врачебную тайну, а способ передачи по электронной почте не обеспечивает их защиту. Я прошу осуществить передачу справки по указанным мной незащищенным каналам связи.

Обязуюсь нести всю полноту ответственности за такую передачу.

Претензий к ООО «УГМК-Здоровье» в случае распространения моих персональных данных по причине незащищенности каналов их передачи не имею.

**Согласие на обработку персональных данных**

Настоящим я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, далее именуемый «Субъект персональных данных», во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (с изменениями и дополнениями) свободно, своей волей и в своем интересе даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье», ОГРН 1086671019335, далее именуемое «Оператор» на обработку своих персональных данных (персональных данных моего ребенка), указанных при заполнении заявления о предоставлении справки об оплате медицинских услуг.

Под персональными данными понимаются любые мои данные (данные моего ребенка), которые отнесены к категории персональных в соответствии с ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ, в том числе, но не ограничиваясь, фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, номер контактного телефона, адрес электронной почты.

Под обработкой персональных данных я понимаю любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка моих персональных данных Субъекта персональных данных будет осуществляться исключительно в целях предоставления мне запрошенных мной сведений об оплате медицинских услуг с последующим направлением мне почтовых сообщений, смс-уведомлений, сообщений по электронной почте, телефонных звонков о готовности запрошенных сведений.

Обработка персональных моих данных может осуществляться Оператором с помощью средств автоматизации и/или без использования средств автоматизации в соответствии с действующим законодательством РФ и внутренними положениями Оператора.

Оператор принимает необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивает их принятие для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных, а также принимает на себя обязательство сохранения конфиденциальности персональных данных Субъекта персональных данных.

Настоящим подтверждаю:

- что все указанные мной в заявлении данные принадлежат лично мне, соответствуют действительности, не искажены;

- что настоящее согласие мной внимательно в полном объеме прочитано и понятно.

Я даю согласие на обработку Оператором моих персональных данных (данных моего ребенка), в указанных в настоящем согласии целях и выражаю согласие с условиями обработки персональных данных без оговорок и ограничений.

Настоящее согласие на обработку моих персональных данных (данных моего ребенка), действует бессрочно.

Настоящее согласие может быть отозвано мною на основании письменного заявления в произвольной форме.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата)