

**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:

\_\_\_\_\_ (указать ЮЛ и адрес клиник, в которых получали услуги)

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)