

Руководителю КУ НАО  
"Дирекция"  
Антоновой О.Б.

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество заявителя)  
домашний адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_

**Заявление**  
о предоставлении средств первой  
медицинской помощи (медицинской аптечки)

В соответствии с **пунктом 3 части 1 статьи 16** закона Ненецкого автономного округа от 06.12.2016 N 275-ОЗ "Об оленеводстве в Ненецком автономном округе" прошу предоставить мне средства первой медицинской помощи (медицинскую аптечку).

Средства первой медицинской помощи (медицинскую аптечку) прошу выдать в аптечной организации (ее структурном подразделении), расположенной в

\_\_\_\_\_  
(наименование населенного пункта)

К заявлению прилагаю:

- 1.Справка из оленеводческого хозяйства.
- 2.Копия паспорта.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись заявителя) (расшифровка подписи)

**Примечание:**

Выражаю свое согласие (далее - согласие) на обработку своих персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (передачу определенному кругу лиц), блокирование, уничтожение) как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств в целях предоставления социальной поддержки и с целью статистических исследований. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие, включает в себя любую информацию, представляемую в заявлении и других представляемых в уполномоченный орган документах в указанных выше целях. Согласие действует в течение всего срока предоставления социальной поддержки, а также в течение трех лет с даты ее прекращения. Заявитель может отозвать настоящее согласие путем направления письменного заявления в уполномоченный орган, в этом случае уполномоченный орган прекращает обработку персональных данных, а персональные данные подлежат уничтожению не позднее чем через 3 года с даты прекращения обязательств сторон. Заявитель соглашается с тем, что указанные выше персональные данные являются необходимыми для заявленной цели обработки.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись заявителя) (расшифровка подписи)