

Руководителю КУ НАО «Дирекция»
Антоновой О.Б.

от _____

_____ (ФИО заявителя)

адрес регистрации _____

телефон _____

СНИЛС _____

**Заявление
о предоставлении меры социальной поддержки**

В соответствии со статьей 25.1 закона Ненецкого автономного округа от 11.12.2002 № 382-оз «О здравоохранении в Ненецком автономном округе» прошу предоставить социальную помощь в виде оплаты медицинской помощи в размере _____

Денежные средства прошу перечислить

через кредитную организацию:

Наименование кредитной организации _____

БИК кредитной организации _____

КПП кредитной организации _____

Номер счета заявителя/медицинской
организации (нужное подчеркнуть) _____

через почтовое отделение:

Адрес получателя _____

Номер почтового отделения _____

К заявлению прилагаю: _____

«__» _____ 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 помощи в виде оплаты медицинской помощи 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 трех лет. 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 три 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)