

Директору областного государственного бюджетного
учреждения социального обслуживания «Социально-
реабилитационного центра для несовершеннолетних
Заларинского района» А.О. Томашеву

От _____

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____

Адрес регистрации _____

Паспортные данные _____

Адрес проживания _____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне платные услуги в соответствии с согласованным со мною перечнем платных услуг на условиях полной оплаты, а именно:

С порядком и условиями предоставления платных услуг, перечнем и ценами на услуги ознакомлен(а) и согласен(-на).

Даю согласие ОГБУСО «Социально-реабилитационному центру для несовершеннолетних Заларинского района» на сбор, обработку, использование, накопление, уточнение и хранение персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении.

Мне разъяснено, что настоящее согласие может быть отозвано путем подачи письменного заявления.

Я ознакомлен (-на) о том, что в случае отзыва настоящего согласия Учреждение вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в п.2 – 11 ч.1 ст.6, ч.2 ст.10 и ч.2 ст.11 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «о персональных данных».

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Подпись _____ / _____

Заключение:

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Подпись _____ / _____