

Приложение 1
к Положению об обеспечении
бесплатными продуктами питания
по заключению врачей отдельных категорий
детей и женщин, являющихся жителями города Москвы.

**Форма заявления
для получения продуктов питания по заключению врачей**

_____ (должность, Ф.И.О.

_____ (руководителя медицинской организации)

Заявление

Я, _____,

(Ф.И.О. гражданина, законного представителя ребенка льготной категории)

прошу включить/исключить в Регистр получателей продуктов питания по
заключению врачей _____

(Ф.И.О. гражданина или ребенка, год рождения,

_____ (адрес места жительства)

« ____ » _____ 201_ г.
(дата)

_____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О
персональных данных» я, _____

Ф.И.О. гражданина, законного

_____ даю согласие
(представителя ребенка льготной категории)

_____ на автоматизированную, а также
(наименование медицинской организации)

без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а
именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части 1 статьи 3
Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», со
сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни,
представленных в

_____ (наименование медицинской организации)

Настоящее согласие действует со дня его подписания, до дня отзыва в письменной
форме.

« ____ » _____ 201_ г.
(дата)

_____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)