ВМ-09-01

ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна»
Минздрава России

(фамилия)

(имя)

(отчество)

(дата рождения)

8

(контактный телефон)

З А Я В Л Е Н И Е

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

. . 2 0

(дата) *(подпись)*

Способ получения ответа *(выбрать одну позицию):*

☐ лично

☐ доверенному лицу _____
(Ф.И.О., дата рождения доверенного лица)

☐ направить почтой по адресу: _____
_____

☐ направить по электронной почте _____
(адрес электронной почты)

Согласие на обработку персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иные действия, необходимые для обработки персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации, подтверждаю.

_____ / _____/

(подпись) *(Ф.И.О.)*