Директору МАУ «ЦС МСП»

 П.М. Боргоякову

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документы вручить:

o лично \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу оказать помощь в заполнении Сведений о застрахованных лицах по форме СЗВ-М за период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мес. 20\_\_\_\_\_\_г.

Предоставляю необходимые данные для заполнения отчетности. Ответственность за их достоверность возлагаю на себя.

Прошу не предоставлять указанную информацию третьим лицам без моего согласия.

Приложения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Выписка из ЕГРЮЛ (ЕГРИП) |  |
| 2 | Застрахованные лица (кол-во) |  |
| 3 | ФИО застрахованного лица |  |
| 4 | СНИЛС застрахованного лица |  |
| 5 | ИНН застрахованного лица |  |
| 6 | Иные документы |  |

Руководствуясь Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» с целью подготовки документов, я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выражаю свое согласие на смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку МАУ «ЦС МСП», моих персональных данных и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своем интересе. Согласие действует бессрочно, до его отзыва путем письменного обращения к оператору.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дата подпись