СОГЛАСИЕ  
на передачу и обработку персональных данных третьим лицам

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(кем, когда)

проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие государственному бюджетному профессиональному\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кому: полное наименование оператора персональных данных)

образовательному учреждению «Пермский техникум промышленных и информационных технологий им. Б.Г. Изгагина», находящемуся по адресу: 614099, г.Пермь, Комсомольский проспект 91,, на передачу и обработку моих персональных данных:

- Ф.И.О. (полностью);

- ИНН;

- дата рождения;

- паспортные данные (серия и номер, выдавший орган, дата выдачи);

в государственное казенное учреждение Пермского края «Центр бухгалтерского учета и

(кому: полное наименование третьего лица)

отчетности», находящийся по адресу: 614054, г.Пермь, ул.Чкалова 9 лит.И,   
ОКПО 34140445 ОГРН 1185958065810, ИНН/КПП 590401001,

для формирования и представления справки об оплате образовательных услуг   
в налоговый орган с целью получения социального налогового вычета, предусмотренного ст. 219 НК РФ.

Согласие дано по собственной воле и в своих интересах. Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации и может быть мною отозвано в письменном виде.

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

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)