Согласие застрахованного лица

на получение информации о нем при оказании электронной услуги ОАИС «Предоставление сведений о датах приема и увольнения застрахованного лица и суммах выплат, на которые начислены страховые взносы» №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я,

 Фамилия Имя Отчество

страховой номер индивидуального лицевого счета ,

выражаю согласие на получение и использование ОАО «БПС-Сбербанк» данных в отношении меня из государственного информационного ресурса «Реестр индивидуальных лицевых счетов застрахованных лиц в системе индивидуального (персонифицированного) учета в системе государственного социального страхования» посредством общегосударственной автоматизированной информационной системы.

Настоящее согласие действует в течение трех месяцев с даты его оформления, а в случае заключения сделки между банком и застрахованным лицом – в течение всего срока действия указанной сделки до ее прекращения в установленном законодательством порядке.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  ***(дата)*** | ***(подпись)*** | ***(Фамилия И.О.)*** |

ОТМЕТКА БАНКА:

СОГЛАСИЕ ПРИНЯТО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***(дата)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***(должность)*** | ***(подпись)*** | *(Фамилия И.О.)* |