

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

« _____ » _____ года рождения, паспорт серия _____ № _____
(серия) (номер)

выдан _____
(кем выдан)

_____ « _____ » _____ Г.

зарегистрирован по адресу:

- фамилия, имя, отчество, прежние фамилия, имя, отчество, дата, место и причина их изменения;
- гражданство;
- дата и место рождения, пол, паспортные данные;
- адрес регистрации и проживания, номера телефонов, адрес электронной почты;
- семейное и социальное положение;
- сведения о социальных льготах, о назначении и получении стипендий и других выплат;
- идентификационный номер налогоплательщика;
- номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;
- сведения о трудовой деятельности;

Я уведомлен(а) о своем праве отозвать согласие путем подачи Оператору письменного заявления.

Оператор:
Государственное автономное профессиональное
образовательное учреждение «Байкальский
базовый медицинский колледж МЗ РБ»
(ГАПОУ «ББМК МЗ РБ»)
ИНН/КПП: 0309005188/030901001
ОГРН: 1020300666550
Место нахождения: 671247,
Республика Бурятия, Кабанский район,
п. Селенгинск, мкр. Южный д. 11