**АНКЕТА СТРАХОВАТЕЛЯ**

**о согласии участия в проекте «Информирование страхователей» посредством получения информации на адрес электронной почты**

1. **Полное наименование страхователя**

|  |
| --- |
|  |

1. **Регистрационный номер в Фонде социального страхования / код подчиненности**

|  |
| --- |
|  |

1. **ИНН/КПП**

|  |
| --- |
|  |

1. **Адрес электронной почты, на который будут приходить информационные сообщения**

|  |
| --- |
| **E-mail :** |

1. **Фамилия, имя, отчество сотрудника и должность**

|  |
| --- |
|  |

**Я даю свое согласие на обработку Государственным учреждением – Алтайским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации моих персональных данных с учетом требований Федерального закона от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных»**

**«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись)