

Председателю Автозаводской районной
организации Нижегородской областной
организации Профессионального союза работников
народного образования и науки РФ Смагиной Е.В.
от _____

(члена профсоюза, ФИО полностью)

(дата рождения)

Паспорт серия _____ № _____

(кем выдан, дата выдачи)

Дом. адрес (с индексом) _____

(место работы, должность)

(сот. тел.)

заявление.

Прошу включить меня в программу добровольного медицинского страхования (ДМС) № _____ на 2016 год. С условиями действия полиса ДМС ознакомлен(а). С перечнем заболеваний и состояний, при которых Страховщик имеет право снять со страхования, либо обслуживать только по обращениям, не связанным с выявленным заболеванием, состоянием, а также перечнем обращений, не являющихся страховыми случаями ознакомлен(а).

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных на весь период пользования полисом ДМС.

« _____ » _____ 2015г.
Дата месяц

_____ (_____)
подпись расшифровка