Приложение 3

к **[Правилам](https://online.zakon.kz/m/Document/?doc_id=35672125" \l "sub_id=100" \t "_parent)** осуществления социальных выплат

участникам системы обязательного социального страхования

на период чрезвычайного положения

форма

Список участников системы обязательного социального страхования

По ТОО \_\_\_\_\_\_\_БИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, г. Алматы, ул. \_\_\_\_\_\_\_, Тел:

(наименование, БИН/ИИН, местонахождение, телефоны)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество(при наличии) | Дата рождения (чч/мм/гг) | ИИН | Наименование банка | Номер банковского счета | Номер мобильного телефона | Дата начала и окончания отпуска без сохранения заработной платы(указать с \_\_ по \_\_) | Даю согласие на сбор и обработку, хранение и использование любым допускаемым законодательством Республики Казахстан способом, моих персональных данных, необходимых для назначения социальной выплаты (подпись) |
|  |  |  |  |  |  |  | 16.03.2020-15.04.2020 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. (при наличии)

                                                        (подпись)

Печать организации М.П. (при наличии)