**ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ О ПООЩРЕНИИ ДОБРОСОВЕСТНЫХ НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКОВ**

Уважаемые граждане - жители Республики Карелия!

 В 2019 году впервые в Республике Карелия проводится акция по поощрению граждан, являющихся добросовестными налогоплательщиками.

 В качестве поощрения за добросовестное исполнение обязанностей по своевременной и полной уплате в бюджет налоговых платежей гражданам предлагается пройти бесплатное медицинское обследование по определению иммунного статуса (иммунограмма).

 Данное обследование будет проведено в лаборатории ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница», подведомственного Министерству здравоохранения Республики Карелия, где имеется единственный в Республике Карелия анализатор, позволяющий исследовать развернутый иммунный статус и оценить клеточное звено иммунитета.

 Принять участие в акции могут работающие граждане, проживающие на территории Республики Карелия, при соблюдении следующих условий:

1. местом работы налогоплательщика не являются органы государственной и (или) муниципальной службы, государственные и муниципальные учреждения;
2. среднемесячный размер заработной платы (дохода) за 2018 год должен быть не ниже среднемесячной заработной платы по Республике Карелия, которая по итогам 2018 года составляет 38 976,7 рублей;
3. задолженность по налоговым платежам в бюджет, включая задолженность по пеням и штрафам, в том числе на дату установленного срока уплаты имущественных налогов, должна отсутствовать.

 Данные условия участия в акции установлены в целях оказания поддержки гражданам, занятым в реальном секторе экономики республики, получающим официальную заработную плату, удержания из которой формируют поступления в бюджет Республики Карелия и местные бюджеты крупнейшего доходного источника - налога на доходы физических лиц.

Для получения права на бесплатное медицинское обследование налогоплательщики в срок до **15 марта 2019 года** направляют в Министерство финансов Республики Карелия заявление (форма прилагается) с приложением следующих документов:

- согласий Министерству финансов Республики Карелия, Министерству здравоохранения Республики Карелия и Управлению Федеральной налоговой службы по Республике Карелия на обработку персональных данных по прилагаемым формам;

- справки о доходах и суммах налога физического лица за 2018 год.

В целях уведомления налогоплательщика о получении им права на бесплатное медицинское обследование в заявлении необходимо указать адрес фактического проживания, номер контактного (мобильного) телефона, а также адрес электронной почты (при наличии).

Заявление с прилагаемыми документами представляется в Министерство финансов Республики Карелия лично на бумажном носителе (кабинет № 35), либо направляется в Министерство почтой по адресу: 185028, г. Петрозаводск, проспект Ленина, дом 19.

Уведомление о праве на получение бесплатного медицинского обследования в 2019 году, а также о порядке и сроках его предоставления, будет направлено заявителю Министерством здравоохранения Республики Карелия в письменной форме по почтовому адресу, указанному в заявлении, и в форме электронного документа по адресу электронной почты (при наличии), указанному в заявлении, в срок **до 1 июня 2019 года**.

Приглашаем принять участие в акции.

При возникновении вопросов, а также для получения дополнительной информации по проведению акции вы можете обратиться по телефонам: 8 (814-2) 71-64-72, 8 (814-2) 71-64-82.

|  |
| --- |
| Министерство финансов |
| Республики Карелия |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о предоставлении права на бесплатное медицинское обследование

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (почтовый адрес заявителя с указанием индекса)

адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ПАСПОРТ  |  Серия  |  | Дата рождения  |  |
|  Номер  |  | Дата выдачи  |  |
|  Кем выдан  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  ИНН  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| МЕСТО РАБОТЫ | Наименование организации |  |
| ИНН |  |
| Адрес |  |

 Прошу предоставить мне право на бесплатное медицинское обследование в 2019 году в рамках проводимых мероприятий по поощрению добросовестных налогоплательщиков.

 К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
| 1. | Согласие Министерству финансов Республики Карелия на обработку персональных данных | 1 |
| 2. | Согласие Министерству здравоохранения Республики Карелия на обработку персональных данных | 1 |
| 3.  | Согласие Управлению Федеральной налоговой службы по Республике Карелия на обработку персональных данных | 1 |
| 4. | Справка о доходах и суммах налога физического лица за 2018 год | 1 |

 Правильность сообщаемых сведений подтверждаю.

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя) (фамилия и инициалы)

|  |
| --- |
| Министерство финансов |
| Республики Карелияот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)зарегистрированного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес регистрации указывается\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с почтовым индексом)паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата выдачи и наименование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ органа, выдавшего документ) |

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

 в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях предоставления права на бесплатное медицинского обследование в 2019 году, даю согласиеМинистерству финансов Республики Карелия, расположенному по адресу: 185028, Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр. Ленина, д. 19, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

* фамилия, имя, отчество;
* дата рождения;
* паспортные данные;
* адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;
* адрес электронной почты;
* контактный телефон;
* индивидуальный номер налогоплательщика;
* место работы;
* сведения о доходах.

 Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_ \_\_\_\_2019 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя) (фамилия и инициалы)

|  |
| --- |
| Министерство здравоохранения |
| Республики Карелияот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)зарегистрированного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес регистрации указывается\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с почтовым индексом)паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата выдачи и наименование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ органа, выдавшего документ) |

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

 в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях предоставления права на бесплатное медицинского обследование в 2019 году, даю согласиеМинистерству здравоохранения Республики Карелия, расположенному по адресу: 185660, Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр. Ленина, д. 6, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

* фамилия, имя, отчество;
* дата рождения;
* паспортные данные;
* адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;
* адрес электронной почты;
* контактный телефон;
* индивидуальный номер налогоплательщика;
* место работы;
* сведения о доходах.

 Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя) (фамилия и инициалы)

|  |
| --- |
| Управление Федеральнойналоговой службы |
| по Республики Карелияот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)зарегистрированного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес регистрации указывается\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с почтовым индексом)паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата выдачи и наименование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ органа, выдавшего документ) |

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

 в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях предоставления права на бесплатное медицинского обследование в 2019 году, даю согласиеУправлению Федеральной налоговой службы по Республике Карелия, расположенному по адресу: 185028, Республика Карелия, г. Петрозаводск, ул. Кондопожская, д. 15/5, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

* фамилия, имя, отчество;
* дата рождения;
* паспортные данные;
* адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;
* адрес электронной почты;
* контактный телефон;
* индивидуальный номер налогоплательщика;
* место работы;
* сведения о доходах.

 Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя) (фамилия и инициалы)