Заявление о возврате в связи с болезнью зрителя

В Федеральное государственное бюджетное учреждение культуры
«Московский Художественный академический театр имени А.П. Чехова»

От: _____

(укажите фамилию, имя, отчество (последнее — при наличии) зрителя (его представителя))

Наименование документа, удостоверяющего личность: _____

Серия и номер: _____ Дата выдачи: _____

Кем выдан: _____

_____

Адрес: _____

_____ Телефон: _____

Электронная почта: _____

Прошу произвести возврат денежных средств за электронный(е) билет(ы) в связи с отказом от посещения зрелищного мероприятия по причине моей болезни.

№ заказа: _____

Наименование зрелищного мероприятия: _____

Дата и время проведения: _____

Место проведения: _____

(укажите место проведения точно так, как оно написано в билете)

Заполните сведения только о возвращаемых билетах. Сектор укажите так, как написано в билете (партер / амфитеатр / бельэтаж / балкон и т. п.). В поле «Штрихкод билета» перепишите цифры, напечатанные рядом со штрихкодом.

№	Сектор	Ряд	Место	Штрихкод билета	Стоимость билета
1					
2					
3					
4					
5					
6					
				Итого:	

Информация о форме оплаты покупки электронного билета

○ банковской картой ○ через СБП ○ Пушкинской картой

○ электронным подарочным сертификатом ○ смешанная оплата

При оплате банковской картой укажите последние 4 цифры номера банковской карты, которой оплачивали электронный билет.

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

При оплате электронным подарочным сертификатом укажите

Номер сертификата	Номинал	Код погашения

К настоящему заявлению прилагаю следующие документы (нужное отметить):

☐ Копия документа, удостоверяющего личность зрителя и его представителя (в случае если заявление подаётся представителем зрителя).

☐ Оригинал неиспользованного билета.

☐ Распечатанная копия неиспользованного электронного билета, содержащая его реквизиты.

☐ Копия электронного кассового чека.

☐ Копия листка нетрудоспособности либо справки (медицинского заключения), выданных медицинской организацией и подтверждающих факт заболевания зрителя, препятствующего посещению им зрелищного мероприятия.

☐ Копии документов, подтверждающих законное представительство, или оформленная надлежащим образом доверенность (в случае если заявление подаётся представителем зрителя).

О принятом решении о возврате денежных средств прошу уведомить меня:

○ по телефону, указанному в настоящем заявлении;

○ по электронной почте, указанной в настоящем заявлении.

О принятом решении об отказе в возврате денежных средств прошу уведомить меня:

○ почтовым отправлением по адресу, указанному в настоящем заявлении;

○ по электронной почте, указанной в настоящем заявлении;

○ вручением уведомления об отказе в возврате денежных средств.

С требованиями к возврату билетов и электронных билетов, утвержденными Основами законодательства Российской Федерации о культуре, Правилами и условиями возврата билетов, утверждёнными постановлением Правительства Российской Федерации от 18.09.2020 года № 1491, а также Правилами покупки и применения электронных билетов и Условиями возврата Электронного билета, размещёнными на официальном сайте МХАТ имени А.П. Чехова, ознакомлен(а).

Выражаю свое согласие на обработку Федеральному государственному бюджетному учреждению культуры «Московский Художественный академический театр имени А.П. Чехова» персональных данных, указанных мной в настоящем заявлении, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Согласие действует 1 (один) год с даты подписания настоящего заявления либо до письменного отзыва согласия.

_____ _____ /_____

(дата) (подпись) (фамилия, инициалы)

Как подать заявление

Заполните заявление и согласие на обработку персональных данных, приложите электронный билет и электронный кассовый чек, копию листка нетрудоспособности либо справки (медицинского заключения), выданных медицинской организацией, подтверждающих факт заболевания, направьте все документы с адреса электронной почты, указанного при покупке билета, на адрес **bilet@mxat.ru. Телефон для справок: 8 (495) 646-3-646.**

Заполняется МХАТ имени А.П. Чехова

Заявление принято: «____» _____ 20___ г.

Заявление зарегистрировано: «____» _____ 20___ г. _____

Решение о возврате: _____ (подпись, расшифровка)

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____

(укажите фамилию, имя, отчество (последнее — при наличии))

Адрес: _____

_____

Наименование документа, удостоверяющего личность: _____

Серия и номер: _____ Дата выдачи: _____

Кем выдан: _____

_____

Действуя свободно, своей волей и в своём интересе, даю согласие Федеральному государственному бюджетному учреждению культуры «Московский Художественный академический театр имени А.П. Чехова» (далее — Оператор), расположенному по адресу: 125009, Москва, Камергерский переулок, д. 3, на обработку моих персональных данных в целях приёма, регистрации, рассмотрения и исполнения заявления о возврате денежных средств за электронный билет или электронные билеты в связи с болезнью зрителя, включая идентификацию заявителя, принятие решения по заявлению, осуществление возврата, направление уведомления о результате, учёт и хранение документов.

Согласие даётся на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; адрес места жительства (регистрации); вид, серия, номер, дата выдачи и наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность; номер телефона; адрес электронной почты; подпись; последние четыре цифры номера банковской карты — при оплате банковской картой; номер, номинал и код погашения электронного подарочного сертификата — при его использовании; листка нетрудоспособности либо справки (медицинского заключения), выданных медицинской организацией и подтверждающих факт заболевания зрителя, препятствующего посещению им зрелищного мероприятия.

Разрешаю осуществлять сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление и уничтожение персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств.

Распространение персональных данных не осуществляется. Предоставление персональных данных, указанных в настоящем согласии, иным лицам на основании настоящего согласия не осуществляется.

Настоящее согласие действует в течение одного года со дня его подписания либо до получения Оператором письменного отзыва согласия — в зависимости от того, какое событие наступит раньше. Согласие может быть отозвано путём направления подписанного письменного заявления по адресу: 125009, Москва, Камергерский переулок, д. 3, либо его электронной копии на адрес mxat@mxat.ru.

После прекращения действия согласия Оператор вправе продолжить обработку персональных данных в объёме и в течение срока, необходимых при наличии самостоятельных оснований, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

_____ _____ / _____

(дата) (подпись) (фамилия, инициалы)