

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____, проживающий (-ая) по адресу _____, паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

"__" _____ года, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие государственному бюджетному учреждению здравоохранения "Онкологический диспансер № 3" министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенному по адресу 353900, Краснодарский край, г. Новороссийск, ул. Лейтенанта Шмидта, д. 7, на обработку моих персональных данных, а именно:

| | | |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|
| <i>ФИО</i> | <i>Адрес</i> | <i>Образование</i> |
| <i>Дата рождения</i> | <i>Паспортные данные</i> | <i>Доходы</i> |
| <i>Место рождения</i> | <i>Семейное положение</i> | <i>Профессия</i> |
| <i>ИНН</i> | <i>СНИЛС</i> | <i>Состояние здоровья</i> |

(ненужное зачеркнуть)

и другие: _____

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

В целях обработки в соответствии с трудовым законодательством и оказания медицинских услуг.

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

Учреждение может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных,

(ненужное зачеркнуть)

без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно. Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

"__" _____ 20__ года

(подпись)

(инициалы, фамилия)