



УТВЕРЖДЕНО

Приказом гл. врача № 165 от 29.12. 2017 г.

Главный врач ГБУЗ «БПТД»

Н.А.Сидоров

СОГЛАСИЕ гражданина
на обработку персональных данных

Я, _____ (фамилия, имя, отчество субъекта или его представителя)

адрес _____ субъекта персональных данных (его представителя):

номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных (его представителя) (паспорт, удостоверение и т.п.)

серия _____ № _____

сведения о дате выдачи основного документа и выдавшем его органе

реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя субъекта персональных данных

в соответствии со ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе выражаю
государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Бузулукский противотуберкулезный диспансер»,
юридический адрес: Оренбургская обл., г. Бузулук, ул.Ветеринарная,153

согласие на обработку моих персональных данных с целью (указать цель обработки):
- (указать перечень ВСЕХ персональных данных),
включая любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, в том числе: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие вступает в силу со дня подписания и действует до (указать срок окончания обработки персональных данных). Обработка персональных данных прекращается на основании письменного заявления, если иное не предусмотрено федеральным законом.

«___» _____ 20__ г.

_____ (Подпись)