|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Главному врачу КГБУЗ «Перинатальный центр»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) субъекта персональных данных)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия
№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан

 ,

проживающий (ая) по адресу,

 ,

действующий на основании

(реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя. Заполняется при необходимости)

в соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие министерству здравоохранения Хабаровского края и подведомственному ему КГБУЗ «Перинатальный центр» (далее – учреждение), находящемуся по адресу: г. Хабаровск, ул. Истомина, 85, на обработку и использование моих персональных данных и персональных данных членов моей семьи, указанных в настоящем заявлении (далее – члены моей семьи), а также иных данных, которые необходимы для предоставления мер социальной поддержки и иных видов государственной социальной помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации и Хабаровского края (далее – меры социальной поддержки) мне и членам моей семьи и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) | Дата рождения | Реквизиты документа, удостоверяющего личность |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

Я согласен (согласна) с тем, что для реализации моих прав на меры социальной поддержки, учреждение вправе осуществлять сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), передачу, использование моих персональных данных и персональных данных членов моей семьи в течение срока, необходимого для предоставления мер социальной поддержки, увеличенного на срок исковой давности.

Я не возражаю против того, что мои персональные данные и персональные данные членов моей семьи могут быть получены учреждением от третьих лиц и передаваться третьим лицам в соответствии с заключенными договорами и соглашениями в целях обеспечения моих законных прав и интересов, а также для предоставления мер социальной поддержки.

Я даю согласие на хранение, обработку и передачу следующих данных обо мне и членах моей семьи:

1. Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), дата и место рождения, пол, возраст, семейное положение.

2. Адреса регистрации, временной регистрации, фактического проживания, телефоны.

3. Реквизиты основных документов, в том числе документов, удостоверяющих личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ).

4. Документы, подтверждающие право на получение мер социальной поддержки.

5. Другая персональная информация, необходимая для оказания мне и членам моей семьи мер социальной поддержки в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и Хабаровского края.

Настоящее согласие (заявление) может быть в любое время отозвано мною в письменной форме.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| (подпись субъекта персональных данных) | (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) субъекта персональных данных) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)