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

Главному врачу КГБУЗ «Перинатальный центр»

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

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

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

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

СОГЛАСИЕ

на распространение персональных данных лицам, осуществляющим

поставку комплектов для новорожденных

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

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

проживающая по адресу,

 ,

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующий на основании

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

в соответствии с частью 9 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», Приказом Роскомнадзора от 24 февраля 2021 г. № 18 «Об утверждении требований к содержанию согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения» даю согласие министерству здравоохранения Хабаровского края и подведомственному ему КГБУЗ «Перинатальный центр» (далее – учреждение), находящемуся по адресу г. Хабаровск, ул. Истомина, 85, ИНН 2722912088, ОГРН 1022701133828, на обработку, использование и передачу посредством системы электронного документооборота Правительства Хабаровского края (https://sed.khv.gov.ru) 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 меры социальной поддержки в виде подарочного комплекта для новорожденного в соответствии с законодательством Российской Федерации и Хабаровского края 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 меру социальной поддержки, учреждение вправе осуществлять сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), передачу, использование и распространение моих персональных данных и персональных данных членов моей семьи лицам, участвующим в реализации предоставления комплекта «Подарок новорожденному» (в том числе осуществляющим поставку комплектов для новорожденных) в течение срока, необходимого для предоставления меры социальной поддержки в виде подарочного комплекта для новорожденного (включая срок направления документов, подтверждающих осуществление выдачи подарочного комплекта для новорожденного), 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 меры социальной поддержки.

Я даю согласие на хранение, обработку, использование, передачу и распространение лицам, участвующим в реализации предоставления комплекта «Подарок новорожденному» (в том числе осуществляющим поставку комплектов для новорожденных) следующих данных обо мне и членах моей семьи:

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

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 меры социальной поддержки.

5. Другая персональная информация, необходимая для оказания мне и членам моей семьи меры 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)