Приложение №3
к приказу от _____ 2023г. № _____

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу _____
по месту регистрации _____,
паспорт серия _____ номер_____, выдан _____ дата_____,
(название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (101990, г.Москва, Петроверигский переулок, 10, стр.3), (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.
Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____ и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____