

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,

(ФИО полностью)

Адрес \_\_\_\_\_ паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г №152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку моих/моего ребенка/гражданина, законным представителем которого являюсь \_\_\_\_\_

(ФИО)

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных: АУ «УСС Республики Марий Эл» 424006, г. Йошкар-Ола, ул. Карла Маркса, д.105а

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, паспортные данные, либо данные документа удостоверяющие личность, данные о состоянии моего здоровья, случаи обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в т.ч. передача) в порядке, установленным законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. Подпись гражданина \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Телефон гражданина \_\_\_\_\_