Приложение № 1

к приказу главного врача

КГБУЗ «Ванинская ЦРБ»

от 25.08.2021 № 699

Главному врачу

КГБУЗ «Ванинская ЦРБ»

С.В. Маслову

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

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

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

(фамилия, имя, отчество

(последнее -при наличии)

субъекта персональных данных

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных к краевых государственных бюджетных учреждениях здравоохранения

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

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

проживающий (ая) по адресу, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

действующий на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты документы, 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 краевому государственному бюджетному учреждению КГБУЗ «Ванинская ЦРБ», находящемуся по адресу Хабаровский край, п. Ванино, ул. Октябрьская, д. 27 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 заявителя)

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

(дата)