Приложение № 2

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, разрешенных субъектом персональных

данных для распространения

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

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

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

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

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

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

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

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

(реквизиты документы, 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 краевому государственному бюджетному учреждению КГБУЗ «Ванинская ЦРБ», находящемуся по адресу Хабаровский край, п. Ванино, ул. Октябрьская, д. 27 ИНН 2709000332, ОГРН 1022700712781, 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 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 акции "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 акции "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. Семейное положение
4. Реквизиты основных документов, в том числе документов, удостове­ряющих личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдав­шего документ).
5. Документы, подтверждающие право на получение меры социальной поддержки.
6. 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.
7. Настоящее согласие (заявление) может быть в любое время отозвано мною в письменной форме.

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

(подпись субъекта персональных данных) (Фамилия, имя, отчество заявителя)

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

(дата)