Главному врачу  
ГБУЗ Центр охраны здоровья семьи  
   
А.Р. Жигаленко

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных субъекта**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий (-ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие государственному бюджетному учреждению здравоохранения "Краевой центр охраны здоровья семьи и репродукции" министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенному по адресу 350007, Краснодарский край, Победы пл, 1, на обработку моих персональных данных, а именно:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *ФИО* | |  | *Адрес* | | |  | *СНИЛС* | | |
|  | *Дата рождения* | |  | *Паспортные данные* | | |  |  | | |
|  | *Место рождения* | |  | *Семейное положение* | | |  | *Гражданство* | | |
| (ненужное зачеркнуть) | | | | | | | | | | |
|  | и другие: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| (перечислить дополнительные категории персональных данных)  а также специальные категории персональных данных и биометрические персональные данные: медицинские анализы, состояние здоровья*, информация об опыте участия в программах вспомогательных репродуктивных технологий*   |  | | --- | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | |
| В целях | | *лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий* | | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| (указать цели обработки) | | | | | | | | | | |
| Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;* | | | | | | | | | | |
| (ненужное зачеркнуть) | | | | | | | | | | |
| ГБУЗ центр охраны здоровья семьи может осуществлять автоматизированную*/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных | | | | | | | | | | |
| (ненужное зачеркнуть) | | | | | | | | | | |
| *без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.* | | | | | | | | | | |
| (ненужное зачеркнуть) | | | | | | | | | | |
| Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение бессрочно. Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.  Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления. | | | | | | | | | | |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года | | | | |  |  | | |  |  |
|  | | | | |  | (подпись) | | |  | (инициалы, фамилия) |