Министру здравоохранения

Камчатского края

г. Петропавловск-Камчатский,

ул. Ленинградская,118

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

г. Петропавловск-Камчатский "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

(фамилия, имя, отчество)

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

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

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным должностным лицам Министерства здравоохранения Камчатского края (далее - Министерство), а также уполномоченному учреждению государственному бюджетному учреждению «Камчатский краевой финансово-аналитический центр в сфере здравоохранения» (далее - ГБУ КК ФАЦ) на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных:

фамилия, имя, отчество (в том числе предыдущие фамилия, имя, отчество в случае(ях) их изменения);

дата и место рождения;

гражданство (в том числе предыдущее в случае(ях) его изменения);

паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан);

адрес места жительства (адрес регистрации, адрес фактического проживания);

номер контактного телефона или сведения о других способах связи;

сведения о семейном положении, о составе семьи, близких родственниках, о наличии иждивенцев;

сведения об образовании, дополнительном профессиональном образовании реквизиты документа об образовании, квалификация, специальность по документу об образовании;

сведения, подтверждающие право на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации;

номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);

идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);

информация, содержащаяся в трудовом договоре, трудовой книжке;

банковские реквизиты;

иные персональные данные, необходимые для достижения указанных целей в соответствии с федеральным законодательством и законодательством Камчатского края.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере отношений, связанных с реализацией полномочий, возложенных на Министерство, ГБУ КК ФАЦ.

Я ознакомлен(а), что:

1) согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего исполнения полномочий Министерства, ГБУ КК ФАЦ;

2) согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;

3) персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения, возложенных на Министерство, ГБУ КК ФАЦ полномочий.

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество)