

СОГЛАСИЕ  
субъекта на обработку персональных данныхЯ, \_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина)

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

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных оператору – ГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника» (далее ГАУЗ «ДСП»), расположенному по адресу: Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, пл. Революции 1, улица Ключевская 29, а именно: совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона «О персональных данных» со всеми данными, которые находятся в распоряжении ГАУЗ «ДСП», с целью предоставления оператором медицинских услуг, а также предоставления сведений в случаях, предусмотренных федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами, следующих моих персональных данных:

## 1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

фамилия, имя, отчество (в т.ч. предыдущие), паспортные данные или данные документа, удостоверяющего личность, дата рождения, данные документов об инвалидности (при наличии), данные медицинского заключения (при необходимости), адрес места жительства (по регистрации и фактический), номер телефона (стационарный домашний, мобильный).

## 2. Перечень действий, на совершение которых дается согласие и способы обработки:

Разрешаю Оператору производить с моими персональными данными действия (операции), определенные статьей 3 Федерального закона «О персональных данных», а именно: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление, распространение), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

## 3. Согласие на передачу персональных данных третьим лицам:

Разрешаю обмен (прием, передачу, обработку) моих персональными данными между Операторами третьими лицами в соответствии с законодательством Российской Федерации, в целях оказания медицинских услуг и соблюдения моих законных прав и интересов.

## 4. Сроки в течение которого действует согласие и способы его отзыва:

Согласие действует до достижения целей обработки или отзыва мной настоящего согласия, путем письменного заявления в адрес ГАУЗ «ДСП».

Я уведомлен о том, что в случае отзыва мной согласия на обработку персональных данных, ГАУЗ «ДСП» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия в соответствии с частью 2 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Согласие на обработку данных (полностью или частично) может быть отозвано мной на основании письменного заявления.

Права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Настоящее согласие действует с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата подписи)