

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____,

(Фамилия Имя Отчество субъекта персональных данных полностью)

основной документ, удостоверяющий личность _____,

(вид, номер, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

проживающий по адресу _____,

настоящим даю свое согласие казенному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Центр профилактики и борьбы со СПИД», расположенному по адресу: юридический адрес: Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул.Гагарина д.106 корп 2 фактический адрес: _____,

далее — «Оператор», на обработку персональных данных, (см. п.3) на следующих условиях:

1. Согласие дается мною в целях получения услуг по первичной медико-санитарной помощи, паллиативной медицинской помощи, медицинской экспертизе, в целях проведения медицинских осмотров и освидетельствований в казенном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Центр профилактики и борьбы со СПИД», передачи данных в организации, указанные в п.4, соблюдения федеральных законов и иных нормативно-правовых актов Российской Федерации.

2. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая, без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, обезличивание, уничтожение моих персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства РФ, ФР ВИЧ.

3. Типовой перечень персональных данных обрабатываемых Оператором: фамилия, имя, отчество; фамилия при рождении; пол; дата рождения; место рождения; семейное положение; данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ); фамилия, имя, отчество и место работы супруга(и); имя, отчество, возраст детей; адрес и дата регистрации; фактический адрес жительства; контактные телефоны; СНИЛС; номер страхового медицинского полиса; сведения о состоянии здоровья (история болезни); сведения об интимной жизни; гражданство и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

4. Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.7 ст. 14 ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.07.2006г.).

5. Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного уведомления в адрес Оператора по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора, после чего Оператор обязуется в течение 30 (Тридцати) дней уничтожить персональные данные Субъекта.

6. Настоящее согласие дано «__» _____ 20__ г. и действует 5 лет.

(подпись)

(И.О.Фамилия)