**Согласие**

**на обработку персональных данных**

Я,(далее Субъект) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(вид документа)

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(кем и когда)

проживающий(ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю свое согласие государственному бюджетному учреждению здравоохранения "Приморская краевая клиническая больница № 1" , расположенному по адресу: Приморский край, г. Владивосток, ул. Алеутская, 57 на обработку моих персональных данных на следующих условиях:

1. Учреждение осуществляет обработку персональных данных исключительно в целях (интересах) получения Субъектом компенсации стоимости проезда граждан РФ в медицинские организации, расположенные за пределами Приморского края, для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

2. Перечень персональных данных, передаваемых Учреждению на обработку:

фамилия, имя, отчество;

пол;

дата и место рождения;

место жительства и регистрация;

реквизиты документа, удостоверяющего личность;

информация о состоянии здоровья;

номера расчетных счетов в банке;

номер телефона.

3. Субъект дает согласие на обработку смешанным способом (на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации) своих персональных данных, то есть на совершение действий, предусмотренных [ч. 3](consultantplus://offline/ref=6DF67F1920DEB86C00E5E75299B305307935A443D7B6303B25DC2FC96B0A6947DF5B3BA8E80EF92ACABDB93685D16CB7BEA08CC56789CE2EO5p1B)ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", в том числе на:

- передачу (распространение, предоставление) в организации, совершающие контроль за целевым использованием денежных средств;

4. Настоящие письменное согласие действует со дня его подписания субъектом персональных данных или его законным представителем до дня отзыва путем подачи письменного заявления в адрес ГБУЗ "Приморская краевая клиническая больница № 1"

\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя) (подпись заявителя)

Сведения о законном представителе или представителе по доверенности:

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства (пребывания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Реквизиты документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Реквизиты документа, удостоверяющего полномочия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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