|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2  к Правилам обработки персональных данных субъектов персональных данных в ГБУЗ Гулькевичской ЦРБ      Главному врачу  ГБУЗ Гулькевичской ЦРБ    А.О. Баталову |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **СОГЛАСИЕ**  **на обработку персональных данных сотрудника** **государственного Бюджетного Учреждения** **Здравоохранения "Гулькевичская Центральная Районная** **Больница" Министерства Здравоохранения** **Краснодарского Края, иных субъектов персональных** **данных** |  |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(-ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие государственному Бюджетному Учреждению Здравоохранения "Гулькевичская Центральная Районная Больница" Министерства Здравоохранения Краснодарского Края (далее – Учреждение), расположенному по адресу 352192, Россия, Краснодарский край, г.Гулькевичи, ул.Комсомольская, 165, на обработку моих персональных данных, а именно:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| (перечислить категории персональных данных) |

а также специальные категории персональных данных и (или) биометрические персональные данные:

|  |
| --- |
|  |
|  |
| (перечислить специальные категории персональных данных и (или) биометрические данные) |

В целях:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| (указать цели обработки) |

Перечень допустимых действий, осуществляемых Учреждением с персональными данными:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| (перечислить перечень действий (операций) по обработке персональных данных) |

а также передача следующих персональных данных:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| (перечислить категории передаваемых персональных данных) |

для обработки в целях:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| (указать цели обработки) |

следующим лицам:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| (указать Ф.И.О., адрес физического лица или наименование и адрес организации, которым сообщаются данные) |

Учреждение может осуществлять:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| (перечислить тип обработки и наличие передачи персональных данных) |

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае, принятия Учреждением 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\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)  (И.О. Фамилия)

|  |  |
| --- | --- |
| Начальник отдела АСУ и ИБ | С.Г. Карапенко |