

УТВЕРЖДЕНО  
распоряжением министерства  
здравоохранения Хабаровского  
края

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

ФОРМА  
согласия на обработку персональных данных

Главному врачу краевого гос-  
ударственного бюджетного  
учреждения

" \_\_\_\_\_ "

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее – при  
наличии) субъекта персональных данных)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных  
в краевых государственных бюджетных учреждениях здравоохранения

Я, \_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ ,  
действующий на основании \_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя. Заполняется при необходимости)  
в соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г.  
№ 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие министерству  
здравоохранения Хабаровского края и подведомственному ему краевому  
государственному \_\_\_\_\_ бюджетному \_\_\_\_\_ учреждению  
\_\_\_\_\_ (далее – учреждение), находящемуся по  
адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ на обработку и  
использование моих персональных данных и персональных данных членов  
моей семьи, указанных в настоящем заявлении (далее – члены моей семьи),  
а также иных данных, которые необходимы для предоставления мер  
социальной поддержки и иных видов государственной социальной помощи  
в соответствии с законодательством Российской Федерации и Хабаровского  
края (далее – меры социальной поддержки) мне и членам моей семьи и  
подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих  
интересах.

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)	Дата рождения	Реквизиты документа, удостоверяющего личность
1	2	3	4
1.			
2.			

Я согласен (согласна) с тем, что для реализации моих прав на меры социальной поддержки, учреждение вправе осуществлять сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), передачу, использование моих персональных данных и персональных данных членов моей семьи в течение срока, необходимого для предоставления мер социальной поддержки, увеличенного на срок исковой давности.

Я не возражаю против того, что мои персональные данные и персональные данные членов моей семьи могут быть получены учреждением от третьих лиц и передаваться третьим лицам в соответствии с заключенными договорами и соглашениями в целях обеспечения моих законных прав и интересов, а также для предоставления мер социальной поддержки.

Я даю согласие на хранение, обработку и передачу следующих данных обо мне и членах моей семьи:

1. Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), дата и место рождения, пол, возраст, семейное положение.

2. Адреса регистрации, временной регистрации, фактического проживания, телефоны.

3. Реквизиты основных документов, в том числе документов, удостоверяющих личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ).

4. Документы, подтверждающие право на получение мер социальной поддержки.

5. Другая персональная информация, необходимая для оказания мне и членам моей семьи мер социальной поддержки в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и Хабаровского края.

Настоящее согласие (заявление) может быть в любое время отозвано мною в письменной форме.

\_\_\_\_\_  
(подпись субъекта персональных данных)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) субъекта персональных данных)

\_\_\_\_\_  
(дата)