

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

Проживающий по адресу (по месту регистрации) _____

Паспорт _____ № _____ дата выдачи _____ название выдавшего органа _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Московской области «Психиатрическая больница №5» (ГБУЗ МО «ПБ №5») на автоматизированную, а так же без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, адрес электронной почты, контактные телефоны, в целях улучшения лечебного процесса и обслуживания пациентов, и осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано в порядке, установленном Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». В случае отзыва согласия на обработку моих персональных данных Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Психиатрическая больница №5» (ГБУЗ МО «ПБ №5») вправе не прекращать их обработку до окончания срока действия настоящего согласия.

Контактный телефон _____

Подпись субъекта персональных данных _____ «__» _____ 20__ г.