

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
проживающий (-ая) по адресу \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации)  
\_\_\_\_\_  
(документ удостоверяющий личность, серия, номер, кем и когда выдан)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника №2», зарегистрированному по адресу: 295034, г.Симферополь, ул.Лермонтова,3а, на обработку моих персональных данных с целью получения государственных и муниципальных услуг в соответствии с Федеральным законом.

Персональные данные, в отношении которых дается согласие, включают фамилию, имя, отчество, адрес, паспортные данные и другие персональные данные в объеме, содержащемся в представляемых документах, необходимых для получения выбранной услуги.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование и уничтожение.

Настоящее согласие вступает со дня его подписания до достижения целей обработки или до дня отзыва в письменном виде.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка)