

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____
фамилия имя отчество

_____ ,
паспорт серия _____ N _____, выдан _____
индекс, область, город, район, улица, дом, корпус (строение), квартира
серия номер дата выдачи,

_____ ,
сведения об органе, выдавшем паспорт, код подразделения

выражаю свое согласие

Краевому государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Онкологический диспансер г.Рубцовска», ИНН: 2209014658, ОГРН : 1022200805417, расположенному по юридическому адресу: 658213, Россия, Алтайский край, г.Рубцовск, ул.Громова, 19 на обработку своих персональных данных, к которым относятся:

1. Фамилия, имя, отчество, дата рождения
2. Номер сотового телефона
3. Паспортные данные
4. Адрес электронной почты
5. Адрес фактического пребывания

с целью: на сайт учреждения подачи обращения (заявления, ходатайства) в КГБУЗ «Онкологический диспансер г.Рубцовска» и получения обратной связи на свое заявление (обращение, ходатайство).

Обработка вышеуказанных персональных данных поручена Краевому государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Онкологический диспансер г.Рубцовска» (далее-оператор персональных данных).

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем автоматизированной, а также без использования средств автоматизации обработки персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует со дня его подписания до дня отзыва согласия в письменной форме.

" _____ " _____ Г.
дата оформления согласия

_____ / _____
подпись субъекта (представителя субъекта)
персональных данных