

Согласие
на обработку персональных данных

Я, _____,
(ФИО полностью соискателя)

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

паспорт _____ № _____, выдан _____,
(дата) (кем выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ
«О персональных данных» даю согласие КГБУЗ «_____»
(далее – «Оператор»)

(наименование медицинской организации)

на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (а именно, предоставление, доступ) другим органам и организациям, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество,

дата и место рождения,

гражданство;

адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;

паспорт (серия, номер, кем и когда выдан);

номер телефона;

почтовый адрес;

адрес электронной почты;

банковские реквизиты;

сведения о документах об образовании и квалификации в сфере здравоохранения;

сведения о договоре об оказании платных образовательных услуг.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю в целях заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки и исполнения обязательств по такому договору.

Согласие на обработку персональных данных действует с даты его подписания в течение всего действия вышеуказанного договора и обязательств по такому договору.

Настоящее согласие может быть отозвано на основании письменного заявления в адрес Оператора в произвольной форме.

«__» _____ 20__ г.

_____/_____
(подпись) (фамилия инициалы)