

В ГБУЗ ЧОПАБ  
Адрес: 454003, г. Челябинск, ул. Татищева, д.249, строение 3

**Согласие  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. субъекта персональных данных), " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,

даю согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Челябинское областное патологоанатомическое бюро» (ГБУЗ ЧОПАБ) Адрес места нахождения: 454003, г. Челябинск, ул. Татищева, д.249, строение 3 (далее - Оператор) в целях оказания мне платных медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, телефон, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), в течение срока архивного хранения договора (5 лет).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(подпись, Ф.И.О.)

Согласие получено " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: \_\_\_\_\_/  
(подпись, Ф.И.О.)