

## Согласие на обработку персональных данных (на детском приеме)

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., год рождения)

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания медицинской помощи даю согласие бюджетному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника» на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение) неавтоматизированным и автоматизированным способом моих персональных данных (Ф.И.О., даты рождения, места жительства, паспортных данных, сведений о социальном положении, о состоянии здоровья, ИНН, номера страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, сведений о социальных льготах и др.) или сообщение персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

третьей стороне в соответствии с законодательством.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

С Положением о порядке организации и проведении работ с персональными данными в Учреждении ознакомлен.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_