В ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии» имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(адрес: РФ, 640014, г.Курган, ул.М.Ульяновой, 6,

ИНН 4501022210, ОГРН 1024500526885)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**о согласии на обработку персональных данных

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | |
| проживающий по адресу: | | |  | | | | |
| Паспорт № | |  | | Дата выдачи |  | На срок до |  |
| Кем выдан | |  | | | | | |

даю согласие федеральному государственному бюджетному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии» имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Оператор) на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью осуществления дистрибьюторской деятельности:

- фамилия, имя, отчество;

- пол;

- паспортные данные;

- дата рождения;

- место рождения;

-гражданство;

- номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (ССГПС);

- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН);

- сведения о перемене имени (фамилии);

- данные о регистрации по месту жительства, месте фактического жительства и номерах телефонов;

- сведения о знании иностранного языка;

- сведения о наградах/поощрениях;

- сведения о трудовой деятельности;

- образование, специальность.

Я не возражаю против включения в общедоступные источники следующих моих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;

- сведения о знании иностранного языка;

- сведения о наградах/поощрениях;

- образование, специальность;

В период действия согласия я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, которому эти данные необходимы для выполнения обязанностей в целях обеспечения лечебного процесса, организационной и финансово – экономической деятельности Оператора.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передача) моими персональными данными, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден/ предупреждена.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен/согласна.

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Подпись | Расшифровка подписи | Дата |