

Главному врачу ГАУЗ «Городская больница № 2 г.
Магнитогорск»
Хрусталевой Ю. А.

от _____
(Фамилия, имя, отчество)
проживающего по адресу: 4550 __, Челябинская область, гор.
Магнитогорск, ул. _____, дом _____, кв. __
адрес по месту регистрации: _____

паспорт _____ № _____
дата выдачи « ____ » _____ г.
выдан _____

СОГЛАСИЕ
близкого родственника физического лица, обратившегося за медицинской помощью
в ГАУЗ «Городская больница №2 г. Магнитогорск»
на обработку своих персональных данных

Я, _____, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие

Государственному автономному учреждению здравоохранения «Городская больница № 2 г. Магнитогорск» (ГАУЗ «Городская больница № 2 г. Магнитогорск»), расположенному по адресу: 455000, Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. Уральская, дом 48 корпус 1, на обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- степень родства;
- состояние здоровья.

Настоящее согласие действительно со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Мне известно, что в случае отзыва настоящего согласия оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, установленных действующим законодательством.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с Положением об обработке персональных данных. Права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« __ » _____ 20 __ г.

(подпись, расшифровка подписи)