

СОГЛАСИЕ

На обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_

ФИО полностью

Зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: +7 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

(дата и название выдавшего органа)

СНИЛС \_\_\_\_\_ Полис ОМС \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями ст. ст. 23, 24 Конституции РФ, ст.9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ « О персональных данных», ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 №323ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта(документа , удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), и другую информацию- для внесения сведений в Федеральный регистр вакцинированных от COVID-19, в подсистеме автоматизированного сбора информации ЕГИСЗ оператору ГБУЗ ВО Собинская РБ

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

СОГЛАСИЕ

На обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_

ФИО полностью

Зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: +7 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

(дата и название выдавшего органа)

СНИЛС \_\_\_\_\_ Полис ОМС \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями ст. ст. 23, 24 Конституции РФ, ст.9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ « О персональных данных», ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 №323ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта(документа , удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), и другую информацию- для внесения сведений в Федеральный регистр вакцинированных от COVID-19, в подсистеме автоматизированного сбора информации ЕГИСЗ оператору ГБУЗ ВО Собинская РБ

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.