Приложение №1 к

Правилам обработки персональных данных в Краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Бирилюсская районная больница»

**Согласие на передачу персональных данных в банк**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заполняет  **работник** | Я,   |  | | --- | | (фамилия, имя, отчество) |   проживающий (-ая) по адресу:   |  | | --- | |  |   серия и номер паспорта, дата выдачи, кем выдан:   |  | | --- | |  | |  | |  | |
| даю согласие на передачу своих персональных данных. | |

Оператор: Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бирилюсская районная больница», зарегистрированное по адресу: 662120, Российская Федерация, Красноярский край, Бирилюсский район, село Новобирилюссы, улица Советская, д.187 (ОГРН: 1022401158163, ИНН: 2405002063).

Цель: содействие в заведении и обслуживании платежных карт.

Персональные данные:

* ФИО;
* дата рождения;
* пол;
* место рождения;
* вид документа, удостоверяющего личность, серия и номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения;
* контактные данные (номер телефона, электронная почта);
* адрес регистрации;
* адрес фактического места проживания.

|  |  |
| --- | --- |
| **Передача (кому):** |  |

**Обработка вышеуказанных персональных данных** будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной и неавтоматизированной) обработки персональных данных.

**Сроки обработки и хранения персональных данных**:

Настоящее Согласие позволяет Оператору единожды передать перечень персональных данных субъекта.

Срок действия Согласия: с даты подписания субъектом персональных данных до осуществленной передачи.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| « \_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  |  |  |  |
|  |  | (личная подпись) |  | (расшифровка подписи) |