Приложение №6 к

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

**Согласие на передачу персональных данных**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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:

|  |
| --- |
|  |
| (указать цель) |

Персональные данные:

* ФИО;
* дата рождения;
* пол;
* …

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

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

**Сроки обработки и хранения персональных данных**:

|  |
| --- |
|  |
| (указать периодичность передачи, срок действия настоящего согласия) |

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