

Форма

Приложение № 7
к Приказу главного врача
ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»
от «___» _____ 202__ г. № _____

**КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
«ВСЕВОЛОЖСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ МЕЖРАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»
(ГБУЗ ЛО «ВСЕВОЛОЖСКАЯ КМБ»)**

Главному врачу
ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»
Понкратову С.В.
от _____

**СОГЛАСИЕ
на обработку биометрических персональных данных, разрешенных субъектом
персональных данных для распространения**

Я, _____,
проживающ__ по адресу: _____,
паспорт серии _____ № _____ выдан
«_____» _____
код подразделения _____, руководствуясь ст. 10.1 Федерального
закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", заявляю о согласии на
распространение ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» (далее – Оператор) (ОГРН
1034700559244, ИНН/КПП 4703032701/470301001, расположенному по адресу: 188643,
Ленинградская область, г. Всеволожск, Колтушское шоссе, д. 20) моих персональных
данных с целью размещения информации обо мне на официальном сайте учреждения
<https://vkmb.ru/>, на информационных стендах, информационных табло в помещениях
Учреждения в следующем порядке:

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешаю к распространению (да / нет)	Неограниченному кругу лиц (да / нет)	Условия и запреты	Дополнительные условия
Биометрические персональные данные	Фото/видео изображение				

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва мной, путем подачи Работодателю заявления в простой письменной форме.

Оставляю за собой право потребовать прекратить распространять мои персональные данные. В случае получения требования Оператор обязан немедленно прекратить распространять мои персональные данные, а также сообщить перечень третьих лиц, которым персональные данные были переданы.

С Положением о порядке обработки персональных данных работников ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» ознакомлен _____.

_____20_____
(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)