

Форма

Приложение № 5
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

Я, _____,
проживающ__ по адресу: _____,
паспорт серии _____ № _____ выдан
«_____» _____

код подразделения _____, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» (далее – Оператор) (ОГРН 1034700559244, ИНН/КПП 4703032701/470301001, расположенному по адресу: 188643, Ленинградская область, г. Всеволожск, Колтушское шоссе, д. 20) на обработку, совершаемую с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих биометрических персональных данных (фото/видео изображение).

Цель обработки персональных данных: обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, с целью размещения информации обо мне на официальном сайте учреждения <https://vkmb.ru/>, на информационных стендах, информационных табло в помещениях Учреждения.

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

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

_____ 20_____
(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

