**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО полностью),

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (по месту регистрации), паспорт серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата, название выдавшего органа),

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим даю свое согласие сотрудникам Благотворительного фонда поддержки медицинских работников «Врачебное братство» на обработку моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные об образовании, данные трудовой книжки, данные сертификата медицинского работника, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения об утраченном или поврежденном во время стихийного бедствия жилье, имуществе, банковские реквизиты для безналичного перевода средств

для осуществления ими своей деятельности по оказанию материальной помощи по моей заявке от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ .

Предоставляю сотрудникам фонда право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Настоящее согласие дается на срок 5 лет.

Настоящее согласие может быть отозвано по моему личному письменному заявлению, направленному мной в адрес фонда по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи) дата

(подпись)