**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (по месту регистрации), паспорт серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата, название выдавшего органа), действующ\_\_ от имени моего сына/дочери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на законных основаниях

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, возраст, фото, адрес проживания, контактный телефон, e-mail, данные об образовании, профессии и занимаемой должности, реквизиты банка

а также данных моего сына/дочери включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, возраст, фото, адрес проживания, информацию о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, направлении на лечение, назначенных лечащим врачом медикаментах

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)