**СОГЛАСИЕ**

**на размещение данных в сети Интернет**

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 размещение в сети Интернет в открытом доступе (на Интернет-сайте <https://vrachfond.ru/>, страницах Фонда в социальных сетях <https://www.facebook.com/vrachfond/> и <https://vk.com/club85557658>) моих персональных данных, включающих:

имя, отчество, пол, возраст, город проживания, профессию, должность, фото, информацию о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, направлении на лечение, назначенных лечащим врачом медикаментах, сведения о поврежденном жилье и имуществе

для осуществления ими своей деятельности по оказанию материальной помощи по моей заявке от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ .

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)