

**Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Клиническая больница № 85**

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, _____
(Фамилия Имя Отчество)

проживающий _____

паспорт: серия _____ № _____ выдан: _____

(орган, выдавший паспорт)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ
"О персональных данных"

даю согласие

Федеральному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Клиническая больница № 85 Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУЗ КБ № 85 ФМБА России) (ОГРН 1027700374591 ИНН 724010662), расположенному по адресу: город Москва, ул. Москворечье, дом 16:

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, гражданство, дата и место рождения, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес регистрации по месту жительства (пребывания), идентификационный номер налогоплательщика, страховой номер индивидуального лицевого счета, контактные данные (номер абонентского устройства подвижной радиотелефонной связи, адрес электронной почты, иные сведения, предусмотренные федеральными законами, изображение лица, полученное с помощью фото- и видео- устройств, которые требуются для подтверждения моей идентификации (ч. 1 ст. 11 ФЗ № 152-ФЗ от 27.07.2006 г.)), а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных", с целью оказания медицинских услуг;

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)