

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
паспорт: серия _____ номер _____, выдан: _____,
_____,
дата выдачи _____, код подразделения: _____,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____

_____,
в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие Краевому государственному бюджетному профессиональному образовательному учреждению «Хабаровский государственный медицинский колледж имени Г.С. Макарова» (КГБПОУ ХГМК) (ОГРН 1022701129956, ИНН 2724011794, адрес – Хабаровский край, город Хабаровск, улица Фрунзе, дом 135) выражаю свое согласие на обработку (действия (операции) с персональными данными) моих персональных данных: сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование, блокирование, уничтожение следующих моих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- номер телефона;
- адрес электронной почты.

Согласие дается мною для следующих целей:

- обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов в области персональных данных;
- подготовки и направления ответа на мои вопросы.

Настоящее согласие действует в течение 45 дней со дня его подписания и может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)