

## Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных.

Я, \_\_\_\_\_,

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
дата \_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ (ред. от 24.06.2025) "О персональных данных" даю согласие ЧУ ДПО УКЦ «Здоровье», (ИНН 3525141141, ОГРН 1043500068457), адрес: г. Вологда, ул. Ярославская, д.26а, на обработку моих персональных данных.

**Цель** обработки персональных данных: оказание услуг и информирование о новостях.

**Перечень персональных данных**, на обработку которых дается согласие:

Фамилия, Имя, Отчество, дата и место рождения, гражданство, паспортные данные, страховой номер индивидуального лицевого счета - СНИЛ, идентификационный номер налогоплательщика - ИНН, адрес регистрации и адрес фактического проживания, почтовый и электронный адреса, номера телефонов, личные документы об образовании.

**Перечень действий** с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

**Обработка** персональных данных осуществляется с помощью следующих основных способов: сбор, хранение, запись на электронные носители и хранение на них.

Настоящее согласие действует все время до момента прекращения обработки персональных данных.

Согласие может быть отозвано субъектом персональных данных или его представителем, путем направления письменного заявления ЧУ ДПО УКЦ «Здоровье» или его представителю по адресу, указанному в начале данного Согласия.

Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Дата \_\_\_\_\_