**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации, места жительства)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие ОРОО «Омская региональная Ассоциация врачей» на обработку моих персональных данных, в целях оказания содействия оператору в выполнении его обязанностей при принятии меня в члены ОРОО «Омская региональная Ассоциация врачей» и последующем состоянии в ней.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дает согласие субъект персональных данных**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Фамилия, имя, отчество; | 6. | Гражданство; |
| 2. | Место, год и дата рождения; | 7. | Адрес регистрации (места жительства); |
| 3. | Сведения об образовании; | 8. | Телефонный номер (домашний, мобильный, служебный), адрес служебной электронной почты; |
| 4. | Паспортные данные; | 9. | Сведения о работе (о приеме на работу, перемещении по должности, увольнении); |
| 5. | Пол; | 10. | Адрес места работы. |

Даю согласие на производство следующих действий с моими персональными данными: обработка персональных данных (любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Данное согласие действительно с момента предоставления документов в ОРОО «Омская региональная Ассоциация врачей», на срок вступления и нахождения в статусе члена ОРОО «Омская региональная Ассоциация врачей» и после моего выхода из ОРОО «Омская региональная Ассоциация врачей» на срок архивного хранения документов, установленный действующим законодательством.

Подтверждаю, что в целях информационного обеспечения, к общедоступным персональным данным, относятся следующие сведения, являющиеся моими персональными данными:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Фамилия, имя, отчество; | 4. | Адрес места работы; |
| 2. | Номер служебного телефона; | 5. | Адрес служебной электронной почты; |
| 3. | Сведения о занимаемой должности; | 6. | Фотография в целях освещения в СМИ; |

Обязуюсь при изменении персональных данных письменно уведомлять ОРОО «Омская региональная Ассоциация врачей» об изменениях в срок, не превышающий 14 календарных дней.

Согласие может быть отозвано полностью или частично на основании моего заявления.

С Положением по обработке и защите персональных данных в ОРОО «Омская региональная Ассоциация врачей» ознакомлен.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_