

**Согласие  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью).

Проживающий(ая) по адресу (регистрация): \_\_\_\_\_

Паспорт № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку БУ РК "Центр крови Республики Калмыкия" моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество; место и дату рождения; регистрацию по месту жительства; фактический адрес проживания; телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный); паспортные данные (серия, номер паспорта, кем и когда выдан); информацию о трудовой деятельности (место работы или учебное заведение, должность); состав и биохимические показатели периферийной крови; информацию о состоянии здоровья (сведения о заболеваниях и отводах от донорства: СПИД, наличие ВИЧ-инфекции, сифилис, вирусные гепатиты, туберкулез, болезни крови).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, передавать в необходимом объеме в Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Центр Крови Федерального медико-биологического агентства России" на основании Федерального закона от 20 июля 2012 года № 125-ФЗ "О донорстве крови и ее компонентов". Трудового кодекса РФ статьи 186, приказа Минздрава от 14.09.2001 г. № 364 "Об утверждении Порядка медицинского обследования доноров крови и ее компонентов".

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ подпись