**В ООО «Жемчужина Чувашии»**

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

даю согласие в соответствии с [п.4 ст.9](consultantplus://offline/ref=32B4019AA965130E94F2CB09897E9F519F83CAFB205724A96E1D93CA82EA3771DD2879AA3EC57BDFR8T7J), [ст.11](consultantplus://offline/ref=32B4019AA965130E94F2CB09897E9F519F83CAFB205724A96E1D93CA82EA3771DD2879AA3EC57AD7R8T1J) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку и использование моих персональных данных, следующих персональных данных: фамилия, имя и отчество; дата и место рождения; сведения о гражданстве; адрес и дата регистрации по месту жительства(месту пребывания), адрес фактического проживания; номер контактного телефона или сведения о других способах связи; вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; идентификационный номер налогоплательщика; номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; реквизиты полиса обязательного медицинского страхования; сведения о состоянии здоровья и об инвалидности.

Вышепоименованные персональные данные предоставляю для обработки в целях обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере отношений, связанных с получением социальных, медицинских, оздоровительных услуг; услуг по организации отдыха; временным пребыванием на территории ООО «Жемчужина Чувашии».

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) персональных данных со страховой, медицинской организациями, правоохранительными и контролирующими органами, органами миграционного учета, территориальными органами фонда обязательного медицинского страхования.

Настоящее заявление действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв настоящего согласия осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

**В ООО «Жемчужина Чувашии»**

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

даю согласие в соответствии с [п.4 ст.9](consultantplus://offline/ref=32B4019AA965130E94F2CB09897E9F519F83CAFB205724A96E1D93CA82EA3771DD2879AA3EC57BDFR8T7J), [ст.11](consultantplus://offline/ref=32B4019AA965130E94F2CB09897E9F519F83CAFB205724A96E1D93CA82EA3771DD2879AA3EC57AD7R8T1J) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку и использование моих персональных данных, следующих персональных данных: фамилия, имя и отчество; дата и место рождения; сведения о гражданстве; адрес и дата регистрации по месту жительства(месту пребывания), адрес фактического проживания; номер контактного телефона или сведения о других способах связи; вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; идентификационный номер налогоплательщика; номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; реквизиты полиса обязательного медицинского страхования; сведения о состоянии здоровья и об инвалидности.

Вышепоименованные персональные данные предоставляю для обработки в целях обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере отношений, связанных с получением социальных, медицинских, оздоровительных услуг; услуг по организации отдыха; временным пребыванием на территории ООО «Жемчужина Чувашии».

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) персональных данных со страховой, медицинской организациями, правоохранительными и контролирующими органами, органами миграционного учета, территориальными органами фонда обязательного медицинского страхования.

Настоящее заявление действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв настоящего согласия осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)