Начальнику

казенного учреждения

Ханты-Мансийского автономного

округа – Югры «Бюро

судебно-медицинской экспертизы»

Скребову Роману Владимировичу

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

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

(число, месяц, год рождения)

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных участника межрегиональной

научно-практической конференции

Я, ,

(фамилия, имя, отчество)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с целью регистрации участника в межрегиональной научно-практической конференции «Дефекты в оказании медицинской помощи. Причинно-следственная связь выявленных дефектов с неблагоприятными последствиями в оказании медицинской помощи» в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, даю казенному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (далее - Оператор), находящемуся по адресу: 628012, г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, 40 блок «Д» согласие на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных:

* фамилия, имя, отчество;
* год, месяц, дата рождения;
* образование;
* профессия;
* место работы,
* занимаемая должность, подразделение;
* номер телефона;
* электронная почта;
* другая информация, необходимая для осуществления иных прав и обязанностей, возложенных на Оператора как организатора межрегиональной научно-практической конференции.

Обработку персональных данных разрешаю производить смешанным способом (с использованием и без использования средств автоматизации). Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых Оператором способов обработки:

* получение персональных данных у субъекта персональных данных;
* хранение персональных данных (на бумажном и электронном носителе);
* передача персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном законодательством РФ.
* обезличивание персональных данных при формировании статистической отчетности.

Обработка персональных данных разрешается на срок до 31.12.2020 года и подлежат хранению в порядке и в сроки, установленные действующим законодательством.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае отзыва мною настоящего согласия Оператор обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва. Уничтожению не подлежат те персональные данные, которые Оператор обязан хранить в соответствии с действующим законодательством. Об уничтожении персональных данных Оператор обязан уведомить меня в письменной форме путем направления по почте заказного письма с уведомлением о вручении, либо вручения лично мне под роспись.

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

(подпись) (расшифровка подписи: фамилия, имя, отчество полностью) (дата)