

**Благотворительный фонд помощи медицинским работникам «ВБлагодарность»**

ИНН: 7706412545

ОГРН: 1067799031112

Сайт: vblagodarnost.ru

e-mail: info@vblagodarnost.ru

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных на размещение данных в сети Интернет**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью),

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (по месту регистрации), паспорт серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата, название выдавшего органа),

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим даю свое согласие сотрудникам Благотворительного фонда поддержки медицинских работников «ВБлагодарность» на обработку моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные об образовании, данные трудовой книжки, данные сертификата медицинского работника, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения об утраченном или поврежденном во время стихийного бедствия. жилье, имуществе,

На размещение в сети Интернет в открытом доступе (на Интернет-сайте https://vblagodarnost.ru/, страницах Фонда в социальных сетях) моих персональных данных, включающих: имя, пол, область проживания, профессию, диагноз, фото для осуществления ими своей деятельности по оказанию материальной помощи по моей просьбе.

Предоставляю сотрудникам фонда право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Настоящее согласие дается на срок 5 лет.

Настоящее согласие может быть отозвано по моему личному письменному заявлению, направленному мной в адрес фонда по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи) дата

(подпись)