**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт «серия номер» выдан «дата выдачи», «кем выдан» «код подразделения»

в соответствии с требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие Удостоверяющему центру Федерального фонда обязательного медицинского страхования на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, серию, номер, дату и место выдачи основного документа, удостоверяющего личность, должность, сведения о месте работы, адрес электронной почты, контактный(е) телефон(ы), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в целях осуществления действий, предусмотренных Регламентом Удостоверяющего центра Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе включение моих фамилии, имени, отчества, сведений о месте работы, адреса электронной почты, СНИЛС в общедоступные источники персональных данных, которыми являются сертификат ключа проверки электронной подписи, реестр сертификатов ключей проверки электронной подписи. Предоставляю Федеральному фонду обязательного медицинского страхования (127994, г. Москва ул. Новослободская, д.37) и Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Курганской области (640002, г. Курган ул. Советская, д.81) право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, публикацию.

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано в порядке, установленном Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.06 №152-ФЗ «О персональных данных», или в случае прекращения деятельности Удостоверяющего Центра Федерального фонда обязательного медицинского страхования в соответствие с требованиями статей 13, 14, 15 Федерального закона Российской Федерации от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи». В случае отзыва согласия на обработку моих персональных данных Срок действия настоящего согласия – период времени до истечения установленных нормативными актами сроков хранения соответствующей информации или документов, при обработке которых использовалась моя электронная подпись.

Подпись субъекта персональных данных  
Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_