

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный (-ая) по адресу: (индекс и адрес регистрации согласно паспорту) \_\_\_\_\_

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_ (орган, выдавший паспорт и дата выдачи)

ИНН \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Сот. Тел. \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ(ред. от 04.06.2014) «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Университет) моих персональных данных.Предоставляю Университету право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование, обезличивание, уничтожение. Университет вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и другие отчетные формы. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года и действует бессрочно.

/ \_\_\_\_\_ / (подпись)

/ \_\_\_\_\_ /  
(фамилия, имя, отчество прописью полностью)