

**Согласие донора
на обработку персональных данных, включая специальные категории
персональных данных и биометрические персональные данные**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

проживающий (ая) по адресу: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006
№ 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю _____
(полное наименование медицинской организации)

(далее - Оператор) расположенному по адресу: _____,
свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих:
фамилию, имя, отчество (при наличии); место и дату рождения; регистрацию
по месту жительства; адрес проживания (фактический); телефонный номер
(домашний, рабочий, мобильный); адрес электронной почты; паспортные
данные (серия, номер паспорта, кем и когда выдан); сведения о трудовой
деятельности (место работы или учебное заведение, должность).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции)
с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию,
накопление, хранение, обновление, изменение, использование,
обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать
мои персональные данные посредством внесения их в единую базу данных
по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности
донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой
донорства крови и ее компонентов на основании: Федерального закона от
20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов».

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата составления согласия _____