СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(серия и №, кем выдан, дата выдачи)

в соответствии с [ч. 4 ст. 9](consultantplus://offline/ref=798515D39B476E5701E71ADAEC34BF359CF7673A950CCAF7293B7593A9DACC1286561D9460898D63j5ZDI) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю своё согласие Удостоверяющий центр государственного казённого учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области» (далее - УЦ МИАЦ) на обработку моих персональных данных, с использованием или без использования средств автоматизации: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, включающих: паспортные данные, должность, сведения о месте работы, предоставляемых в Удостоверяющий центр, согласно Регламенту Удостоверяющего центра (находящегося по адресу http://miac39.ru/uc), в целях подтверждение права предоставления документов для получения квалифицированного сертификата ключа проверки электронной подписи (далее – КСКПЭП), подтверждения права обращения за получением КСКПЭП от имени заявителя, в соответствии со ст. 18 Федерального закона от 06.04.2011 №63-ФЗ «Об электронной подписи».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня предоставления соответствующего отзыва в письменной форме или в случае прекращения деятельности УЦ МИАЦ.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись субъекта персональных данных)