

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Фамилия, имя отчество)

_____ (адрес регистрации места жительства)

паспорт серия _____ № _____ выдан _____
дата выдачи _____, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация неврологов Республики Коми», расположенной по адресу: 167004, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Пушкина, 114, на обработку моих персональных данных, в целях оказания содействия оператору в выполнении его обязанностей при принятии меня в члены Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация неврологов Республики Коми» и последующем состоянии в ней.

Перечень персональных данных, на обработку которых дает согласие субъект персональных данных

1.	Фамилия, имя, отчество;	6.	Гражданство;
2.	Место, год и дата рождения;	7.	Адрес регистрации по месту жительства;
3.	Сведения об образовании;	8.	Телефонный номер (домашний, мобильный, служебный), адрес служебной и личной электронной почты;
4.	Паспортные данные;	9.	Сведения о работе (о приеме на работу, перемещении по должности, увольнении);
5.	Пол;	10.	Адрес места работы.

Даю согласие на производство следующих действий с моими персональными данными: обработка персональных данных (любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Данное согласие действительно с момента предоставления документов в Региональную общественную организацию «Профессиональная ассоциация неврологов Республики Коми», на срок вступления и нахождения в статусе члена Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация неврологов Республики Коми» и после моего выхода из Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация неврологов Республики Коми» на срок архивного хранения документов, установленный действующими нормативными правовыми актами.

Подтверждаю, что в целях информационного обеспечения, к общедоступным персональным данным, относятся следующие сведения, являющиеся моими персональными данными:

1.	Фамилия, имя, отчество;	4.	Адрес места работы;
2.	Номер служебного телефона;	5.	Адрес служебной электронной почты;
3.	Сведения о занимаемой должности;	6.	Фотография в целях освещения в СМИ;

Обязуюсь при изменении персональных данных письменно уведомлять Региональную общественную организацию «Профессиональная ассоциация неврологов Республики Коми» об изменениях в срок, не превышающий 14 календарных дней.

Согласие может быть отозвано полностью или частично на основании моего заявления.

С Положением по обработке и защите персональных данных в Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация неврологов Республики Коми» ознакомлен.

Подпись _____

Дата _____