**Согласие на обработку персональных данных в целях выполнения возложенных законодательством Российской Федерации требований, связанных с реализацией граждан права на обращения и исполнения порядка рассмотрения обращений граждан.**

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

Оператор обрабатывающий персональные данные: государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска». Юридический адрес Оператора: 432017, г. Ульяновск, ул. Гончарова, д. 8/1.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» №152-ФЗ подтверждаю мое согласие на обработку своих персональных данных Оператором, включающих: фамилия, имя, отчество; почтовый адрес или электронный адрес.

В целях выполнения возложенных законодательством Российской Федерации требований, связанных с реализацией граждан права на обращения и исполнения порядка рассмотрения обращений граждан.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); блокирование; удаление; уничтожение.

В соответствии с ч.7 статьи 14 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я по письменному запросу имею право на получение информации, касающейся обработки моих персональных данных.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания с Оператором и действует до достижения целей обработки персональных данных.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления

Электронный адрес_____