|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение № 2

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, ,

зарегистрирован\_\_ по адресу:

документ, удостоверяющий личность:

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных в целях моего участия в мероприятиях даю согласие государственному бюджетному учреждению города Москвы «Научно- исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» (Шарикоподшипниковская ул., д. 9, Москва, 115088, тел. (495) 530-12-89, E-mail: niiozmm@zdrav.mos.ru, <http://www.niioz.ru>, ОКПО 40613283, ОГРН 1027700495635, ИНН/КПП 7727105591/ 772301001) на обработку моих персональных данных (любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу), то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

" ". г.

Субъект персональных данных:

 /

(подпись) (Ф.И.О.)