

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____

_____ серия _____ № _____

Не возражаю против обработки МБУЗ «Бугурусланская стоматологическая поликлиника» (адрес: 461630, Оренбургская обл., г. Бугуруслан, ул. Чапаевская, д. 44),

включая сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), передачу

Следующих моих персональных данных:

- Фамилия, имя, отчество (в т.ч. прежние);
- Дата и место рождения;
- Адрес места жительства;
- Паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ) и гражданство;
- Сведения о семейном положении;
- Сведения об образовании;
- Сведения о повышении квалификации;
- Сведения о трудовой деятельности;
- Номер серия и дата выдачи трудовой книжки;
- Содержание и реквизиты трудового договора;
- Сведения о заработной плате;
- Сведения о воинском учете;
- Номер свидетельства государственного пенсионного страхования;
- ИНН;
- Данные полиса Обязательного медицинского страхования;
- Сведения о временной нетрудоспособности.

Обрабатываемых с целью организация учета кадров организации для обеспечения соблюдения законов и иных нормативно-правовых актов, а также Устава и нормативных актов Организации.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

Настоящее согласие действует до даты его отзыва мною путем направления в МБУЗ «Бугурусланская стоматологическая поликлиника» письменного сообщения об указанном отзыве в произвольной форме, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____