

**Заявление-согласие субъекта персональных данных на получение его персональных данных у третьей стороны**

Я, \_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, в соответствии с  
Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие  
Управлению Здравоохранения области, расположенному по адресу: г.Тамбов,  
ул.Советская, 106/М.Горького,5 даю согласие на получение моих персональных данных у  
третьей стороны.

Для обработки в целях \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(указать цели обработки)

Я утверждаю, что ознакомлен(а) с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)