Руководителю УЦДПО ООО ФЦ «Знание»

Шиловой Маргарите Анатольевне

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# (Ф.И.О. слушателя)

Настоящим, во исполнение требований Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г.   
«О персональных данных» и в целях информационного обеспечения я, гражданин РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г., \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**даю согласие** обществу с ограниченной ответственностью Фармацевтический центр «Знание»   
(ИНН 5406791049), зарегистрированному по адресу: 630099, г. Новосибирск, ул. Коммунистическая, д. 27/29 офис 32, 39:

* **на обработку моих персональных данных** на портале pharmznanie.ru в целях обеспечения содействия в получении образования в высших учебных заведениях через интернет сайт pharmznanie.ru в рамках непрерывного медицинского образования, сертификации и корпоративного обучения;
* Перечень персональных данных, передаваемых на обработку в общество с ограниченной ответственностью Фармацевтический центр «Знание»: дата и место рождения; серия и номер паспорта, сведения о выдавшем его органе и дате выдачи; сведения о рождении; сведения о гражданстве Российской Федерации и гражданстве (подданстве) иностранных государств; номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС); фактический адрес места жительства; номер мобильного телефона; электронная почта; сведения о дипломе об образовании; сведения о сертификате специалиста; сведения о свидетельстве о повышении квалификации; сведения свидетельства о смени имени/фамилии; сведения о свидетельстве о браке/расторжении брака; сведения о трудовой деятельности (копия трудовой книжки).
* Своей волей и в своих интересах выражаю согласие на осуществление обществом с ограниченной ответственностью Фармацевтический центр «Знание» любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных целей, в том числе выражаю согласие на обработку без ограничения моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в т. ч. передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных при автоматизированной и без использования средств автоматизации обработке; запись на электронные носители и их хранение; передачу обществом с ограниченной ответственностью Фармацевтический центр «Знание» данных и соответствующих документов, содержащих персональные данные, третьим лицам, а именно высшим учебным заведениям.
* Настоящее согласие на обработку персональных данных действует с момента представления бессрочно и может быть отозвано мной при представлении обществу с ограниченной ответственностью Фармацевтический центр «Знание» заявления в простой письменной форме в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

С порядком отзыва согласия на обработку персональных данных\* ознакомлен.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью) (подпись)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.

(дата)