

СОГЛАСИЕ
на передачу персональных данных третьим лицам

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо его представителя)

паспорт серия _____ № _____, выдан _____
(номер документа, удостоверяющего личность гражданина либо его представителя, сведения о дате выдачи)

_____ (сведения о выдавшем органе указанного документа)

_____ (реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина при подписании согласия представителем)

_____ (номер основного документа, удостоверяющего личность гражданина, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

проживающий(ая) по адресу _____

даю согласие оператору Санкт-Петербургскому государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Городской противотуберкулезный диспансер» (СПб ГБУЗ «ГПТД»), расположенному по адресу 196158, Санкт-Петербург, ул. Звёздная, д.12, ОГРН1037821052939, ИНН7810214300, тел.: 726-92-80; адрес электронной почты: gorptd@zdrav.spb.ru

на передачу _____

_____ (указать физическое лицо, организацию, которым передаются персональные данные)

для _____
(цель)

следующих моих персональных данных:

Настоящее согласие даю согласие действительно до требования о прекращении передачи персональных данных в письменной форме.

" ____ " _____ 20 ____ г. _____
(подпись) (расшифровка подписи)