

**Согласие донора  
на обработку персональных данных, включая специальные категории персональных данных и  
биометрические персональные данные**

Я \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", предоставляю **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Центр крови имени О.К. Гаврилова Департамента здравоохранения города Москвы"** (далее - Оператор) расположенному по адресу: **г. Москва, ул. Поликарпова, д. 14**, свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии); место и дату рождения; регистрацию по месту жительства; адрес проживания (фактический); телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный); адрес электронной почты; паспортные данные (серия, номер паспорта, кем и когда выдан); сведения о трудовой деятельности (место работы или учебное заведение, должность).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в единую базу данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов на основании: Федерального закона от 20.07.2012 N 125-ФЗ "О донорстве крови и ее компонентов".

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Дата составления согласия \_\_\_\_\_