

ФОРМА СОГЛАСИЯ  
на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)), \_\_.\_\_.\_\_\_\_ (дата и год рождения), даю согласие республиканскому унитарному предприятию «Научно-практический центр гигиены» », [www.certificate.by](http://www.certificate.by), 220012, г. Минск, ул. академическая, 8, тел. +375 (17) 320 13 74, факс +375 (17) 379 04 65, на сбор, систематизацию, хранение, изменение, использование, обезличивание, блокирование, распространение, предоставление, удаление <\*> следующих персональных данных:

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), организация или учебное заведение, номер телефона.

Обработка моих персональных данных может осуществляться как автоматизированным, так и неавтоматизированным способом.

Согласие на обработку моих персональных данных даю в целях (цель обработки указывает лицо, которое получает согласие):

\_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_.

Срок предоставления согласия на обработку персональных данных неограничен.

Подтверждаю, что до подписания данного согласия мне простым и ясным языком разъяснена информация о моих правах, связанных с обработкой персональных данных, о механизме реализации таких прав, последствиях дачи согласия или отказа в даче такого согласия, а также порядок отзыва согласия: в любое время, подав оператору персональных данных письменное заявление.

|        |           |  |
|--------|-----------|--|
| _____  | _____     | _____  |
| (дата) | (подпись) | (инициалы, фамилия субъекта персональных данных) |

