**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *фамилия, имя, отчество*

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *серия, номер*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_.20\_\_ г.,

 *наименование выдавшего органа дата выдачи*

код подразделения \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ даю свое согласие Благотворительному фонду помощи детям-инвалидам «Движение вверх» (далее по тексту *–*«Оператор»), расположенному по адресу: г. Москва, ул. Новая Басманная, д. 17, кв. 44, на обработку любым способом, предусмотренным вышеуказанным законом, моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетних членов моей семьи, предоставленных Оператору в целях оказания благотворительной помощи Ребенку, а именно: фамилия, имя и отчество, дата рождения, место рождения, адрес регистрации и фактического проживания, телефон, адрес электронной почты, гражданство, паспортные данные (данные документа, удостоверяющего личность), ИНН, номер страхового пенсионного удостоверения, СНИЛС, информация о доходах, образование, профессия, факты биографии, сведения о личных качествах, сведения о социальном положении семьи, фото- и видеоизображения и иных данных и документов, предусмотренных действующим законодательством.

Целью обработки Оператором персональных данных является:

* осуществление благотворительной деятельности, направленной на оказание материальной и иной поддержки Ребенка;
* организация сбора денежных средств для оплаты лечения / реабилитации Ребенка, закупка и предоставление медицинского оборудования, лекарственных средств и иной благотворительной помощи Ребенку;
* координация оказания медицинской помощи с лечебными учреждениями и иными третьими лицами (в процессе обработки Оператор имеет право передавать персональные данные третьим лицам, если это необходимо для достижения целей обработки и при условии соблюдения такими третьими лицами конфиденциальности и безопасности персональных данных);
* составление и распространение отчетов об использовании пожертвований, а также для ведения документооборота Оператором.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанной выше цели, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение и любое другое использование персональных данных, предусмотренном действующим законодательством РФ.

.

Данное согласие действует без ограничения срока. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент путем направления Оператору соответствующего письменного заявления по адресу: г. Москва, ул. Новая Басманная, д. 17, кв. 44. В случае отзыва настоящего согласия Оператор в соответствии с ч.5 ст. 21 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» обязан прекратить обработку персональных данных в срок, не превышающий 10 (Десять) рабочих дней с даты получения Оператором соответствующего требования и уничтожить их в срок, не превышающий 30 (Тридцать) дней с даты поступления заявления об отзыве.

Окончание срока действия настоящего согласия означает запрет на обработку и использование персональных данных, в том числе для публикаций, начиная с даты прекращения действия согласия, но не распространяется на публикации, уже размещенные Оператором до даты прекращения действия согласия.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«\_\_\_» 20 г. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 Подпись Расшифровка подписи