



курорт  
**Аршан**

**СКУП РБ «Байкалкурорт». Курорт «Аршан»**

## Регистрационная карта гостя

Дата заезда \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Время: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Дата выезда \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Время: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Корпус № \_\_\_\_\_ Комната № \_\_\_\_\_

### Согласие на обработку персональных данных

Я (ФИО полностью), \_\_\_\_\_,

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

Паспорт серия и номер \_\_\_\_\_, выдан (кем) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (когда) \_\_\_\_\_

Код подразделения \_\_\_\_\_ Место рождения \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Контактный телефон \_\_\_\_\_

#### Этот раздел заполняется только в отношении лиц, не достигших возраста 14 лет или недееспособных граждан

Являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:

\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина, год рождения)

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Федеральный закон №152-ФЗ) и ст.44.1 от 07.07.2003 г. «О связи» №126-ФЗ, даю своё согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку Санаторно-курортным учреждением профсоюзов Республики Бурятия «Байкалкурорт» (далее Оператор), юридический адрес: 670001, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Коммунистическая, 49, моих персональных данных, к которым относится: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место регистрации, место жительства, место работы, номера телефонов, адреса электронной почты, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, оказания санаторно-курортных услуг, включая услуги проживания, питания, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях оказания услуг Оператором, а также направления рассылок об услугах Оператора:

В виде e-mail рассылок на адрес электронной почты

В виде рассылок на принадлежащий мне абонентский номер телефона

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренными действующим законодательством Российской Федерации.

Оператор гарантирует, что обработка моих персональных данных осуществляется в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ, с которым я ознакомлен(а), права и обязанности в области защиты персональных данных мне понятны.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения указанной процедуры.

Я подтверждаю, что, давая данное Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Я подтверждаю, что информация о персональных данных, предоставленная мною, достоверна и корректна; с Правилами пребывания и предоставления санаторно-курортных услуг в СКУП РБ «Байкалкурорт» Курорт Аршан и с правилами пожарной безопасности ознакомлен.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. и действует до ОТЗЫВА. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Заполняется ответственным сотрудником-администратором СКУП РБ «Байкалкурорт»: личность лица, указанного выше, мной проверена, подпись поставлена в моем присутствии.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Дата

Подпись

Расшифровка подписи – ФИО полностью