



Ректору ПВНЗ «Київський
медичний університет»
проф. Борису ІВНЄВУ

ЗГОДА НА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

Я, _____,
(ПІБ власника документів)
фактично проживаю за адресою _____,
документ, що посвідчує особу _____ серія _____ № _____,
(тип документу)
виданий _____ «__» _____ року
(орган, яким виданий документ)

заявляю, що надані мною до ПВНЗ «КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ» документи є справжніми та були отримані в установленому порядку.

На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 р. № 2297-VI, я надаю згоду Міністерству освіти і науки України, ПВНЗ «КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ» на обробку та зберігання моїх персональних даних.

Мої персональні дані, на обробку яких надано цю згоду, можуть бути передані третім особам: уповноваженим органам, організаціям та установам на території України.

Дана мною згода діє безстроково, але в будь-якому випадку дається на термін до досягнення мети обробки персональних даних і може бути відкликана за заявою, направленою до ПВНЗ «КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ».

Прізвище, ініціали власника документів

Підпис власника

Дата надання згоди