

Я настоящим даю согласие Государственному учреждению «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга (ИНН 7808024083, КПП 781001001, ОГРН 1037843033360, далее — ТФОМС Санкт-Петербурга) на обработку моих персональных данных, указанных в заявке, а именно:

- Фамилия
- Имя
- Отчество
- Дата рождения
- E-mail
- Адрес регистрации
- Телефон

Цель обработки персональных данных:

- обработка поступивших обращений субъекта персональных данных, направленных в электронном виде через официальный сайт ТФОМС Санкт-Петербурга (<https://www.spboms.ru/page/services>).

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, обезличивание, блокирование, удаление, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Я проинформирован и даю согласие, что ТФОМС Санкт-Петербурга будут обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки моих персональных данных или в течение 5 лет с момента его получения. По истечении указанного срока действие согласия считается продленным на каждые следующие пять лет при отсутствии сведений о его отзыве. В случае отзыва мной настоящего Согласия на обработку моих персональных данных их обработка должна быть прекращена ТФОМС Санкт-Петербурга и данные должны быть уничтожены в срок не позднее 30 (тридцати) календарных дней с даты получения ТФОМС Санкт-Петербурга отзыва.

Согласие может быть отозвано субъектом персональных данных путем направления в ТФОМС Санкт-Петербурга письменного отзыва.

Почтовый адрес: 196006, г. Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д.9, лит. «А» (Московский пр., д.120)