|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  | Директору МБУ КСОЦ «Ольгинка»  Щербинину П.М.  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   СОГЛАСИЕ  на обработку персональных данных  Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование выдавшего органа)  дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий/ая адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку (любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных) МБУ КСОЦ «Ольгинка», находящееся по адресу: Краснодарский край, Туапсинский район, с. Ольгинка, ул. Приморская, 22а (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, дату рождения, возраст, адрес регистрации по месту жительства, паспортные данные (серия, номер паспорта, кем выдан, дата выдачи), контактный телефон, цель визита и период пребывания в объекте размещения, место работы (учебы), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, имуществе, почетных званиях и знаках отличия, сведения о составе семьи, с целью исполнения требований Федерального закона от 29 июля 2017г. №214-ФЗ «О проведении эксперимента по развитию курортной инфраструктуры в Республике Крым, Алтайском крае, Краснодарском крае и Ставропольском крае, Закона Краснодарского края от 27 ноября 20,17г. № 3690-КЗ «О введении курортного сбора на территории Краснодарского края и внесении изменений в Закон Краснодарского края «Об административных правонарушениях», иных нормативных правовых актов Российской Федерации, нормативных правовых актов Краснодарского края, связанных с проведением эксперимента по взиманию курортного сбора.  Настоящее согласие действует 3 года со дня его подписания, а также может быть отозвано субъектом персональных данных.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)(расшифровка) (дата) |  |