
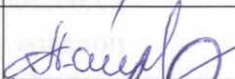










## СОГЛАСИЕ

на использование и размещение персональных данных и фотографических изображений  
на официальном сайте и на общедоступных стендах ГАУЗ «Альметьевская  
стоматологическая поликлиника», расположенной по адресу: 423450, Республика  
Татарстан, г. Альметьевск, ул.Чехова д.21А.

Я,

№ п/п	ФИО	Должность	Подпись
1	Гусманов Шаукат Галимянович	Главный врач	
2	Чупова Ирина Николаевна	Заместитель главного врача по медицинской части	
3	Сахабиева Рита Ихсановна	Главная медсестра	
4	Камилов Фанис Анисович	Заведующий терапевтическим отделением	
5	Нургалиев Ленар Анасович	Врач стоматолог-терапевт	
6	Якобишвили Гурам Абрамович	Врач стоматолог-терапевт	
7	Закиева Нина Борисовна	Врач стоматолог-терапевт	
8	Гайрова Гульшат Рифгатовна	Врач стоматолог-терапевт	
9	Фаздалова Нурия Шавкатовна	Заведующая детским отделением	
10	Махиянова Рузиля Галеевна	Врач стоматолог-ортодонт	
11	Сабиров Ильдус Газимзянович	Заведующий ортопедическим отделением	
12	Надыршина Ляйля Фаудатовна	Врач стоматолог-ортопед	
13	Ахтямзянов Наиль Мехаметханович	Врач стоматолог-ортопед	
14	Багманов Рамиль Рафаилович	Врач стоматолог-ортопед	
15	Якушкина Светлана Анатольевна	Зубной врач	
16	Нойкина Ольга Викторовна	Зубной врач	
17	Валеева Альфия Ягфаровна	Врач стоматолог-детский	

даю свое согласие ГАУЗ «Альметьевская стоматологическая поликлиника» с целью обеспечения реализации моих полномочий на весь период моей трудовой деятельности, на обработку (сбор, запись, систематизацию накопление, хранение, извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных (Ф.И.О, дату рождения, должность фотографию, сведений об образовании (специальность квалификация) и учебном заведении, выдавшем диплом с указанием года выдачи, информацию из сертификата (специальность, срок действия) стажа работы, использование и размещение персональных данных и моего изображения (в том числе фотографий) на официальном сайте и на общедоступных

стендах Государственного автономного учреждения здравоохранения «Альметьевская стоматологическая поликлиника» с целью информирования населения о предоставляемых услугах на весь период моей трудовой деятельности.

Я проинформирован (а), что ГАУЗ «Альметьевская стоматологическая поликлиника» гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с документами, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Я подтверждаю, что не буду оспаривать авторские и имущественные права на размещенные фотографии с моим изображением.

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