

Заявка на участие в раунде № _____ внешнего контроля качества иммуногистохимических исследований.

Название лаборатории	
№ лаборатории	
Контактное лицо (ФИО)	
Электронная почта (e-mail)	
Почтовый адрес	
№ телефона	

Подавая эту заявку, я, _____, даю свое согласие «Центр контроля качества иммуногистохимических реакций» на обработку моих персональных данных

Я предоставляю Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России) согласие на обработку моих персональных данных (далее – согласие).

До моего сведения доведено, что операторы ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России вправе собирать мои персональные данные, хранить, систематизировать, обновлять их, передавать третьим лицам в объеме, указанном в настоящем согласии, а также осуществлять с предоставленными персональными данными любые действия, предусмотренные федеральным законом «О персональных данных».

Целью обработки персональных данных является надлежащее выполнение администрацией академии своих обязательств, вытекающих из федеральных законов, иных правовых актов.

Согласие действует в течение неопределенного срока и может быть отозвано путем направления одному из операторов заявления в письменной форме об отзыве согласия. Заявление может быть совершено в свободной форме.

Подтверждаю, что, предоставляя согласие, я действую без принуждения, по собственной воле и в своих интересах.

(дата)

(подпись)

(расшифровка)