## 

## СОГЛАСИЕ кандидата на замещение вакантных должностей в ТФОМС АО

## на обработку его персональных данных

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | | | , |
| проживающий (ая) по адресу: | | | |  | | , |
| паспорт |  | № |  | выдан |  |  |
|  | | | | | |  |
| *(дата выдачи, выдавший орган)* | | | | | |  |

свободно, своей волей и в своем интересе даю территориальному фонду обязательного медицинского страхования Архангельской области (юридический адрес: г.Архангельск, пр.Чумбарова-Лучинского, д.39, корп.1) согласие на обработку персональных данных, содержащихся в представленном мною резюме, в целях формирования кадрового резерва.

Согласие вступает в силу с момента его подписания и действует в течение 5 (Пяти) лет.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | / |
| *(дата)* |  | *(подпись / расшифровка подписи)* |