

Председателю  
Межрегиональной пациентской  
общественной организации по  
первичному иммунодефициту  
Ю.П. Захаровой

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

Уважаемая Юлия Павловна!

Обращаюсь с просьбой оказать безвозмездную помощь в рамках благотворительной программы «Лекарственный фонд». По медицинским показаниям мне/моему ребенку, \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, необходим лекарственный препарат по торговому наименованию \_\_\_\_\_ в количестве \_\_\_\_\_ штук, дозировкой \_\_\_\_\_.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» разрешаю Межрегиональной пациентской общественной организации по первичному иммунодефициту (ОГРН 1197800004181) осуществлять действия в отношении моих персональных данных и персональных данных моего ребенка (фамилия, имя, отчество, адрес регистрации по месту жительства, контактный телефон), которые необходимы для деятельности Оператора, включая их сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование.

Срок, в течение которого действует согласие, составляет 10 лет.

Я уведомлен(а) о своем праве отозвать настоящее согласие в любое время. Отзыв производится по моему письменному заявлению. Я уведомлен, что в случаях, предусмотренных действующим законодательством, отзыв влечет обязанность возместить возникшие у другой стороны убытки.

Я подтверждаю, что давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в своих интересах.

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_