**Согласие субъекта персональных данных на обработку**

**его персональных данных ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России**

**(с физическим лицом, действующим в интересах другого физического лица)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | |
|  | (фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных) | | |
| зарегистрированный(ая) по адресу: | | , | |
|  |  | (место регистрации) | |
| документ, удостоверяющий личность: | | |  |
|  | | | (наименование, серия и номер документа) |
|  | | | |
| (дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ и код подразделения) | | | |
|  | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных) | | |
| зарегистрированный(ая) по адресу: | |  | |
|  |  | (место регистрации) | |
| документ, удостоверяющий личность: | | |  |
|  | | | (наименование, серия и номер документа) |
|  | | | |
| (дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ и код подразделения) | | | |
|  | | | |
| (реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя субъекта персональных данных) | | | |

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ   
«О персональных данных» в целях оказания мне (субъекту персональных данных) медицинских и/или иных услуг, подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, расположенным по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (далее – Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, контактный телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), адрес электронной почты, индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных (субъекта персональных данных) Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных (субъекта персональных данных) вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами и/или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление/передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я согласен(а) со следующими действиями с моими персональными данными (субъекта персональных данных):

1. Обработка моих персональных данных (субъекта персональных данных) в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных (субъекта персональных данных), защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 00.00.20\_\_ г. |  |  |  |  |
|  |  | (подпись) |  | (Ф.И.О. субъекта или его представителя) |

Согласие получено «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Уполномоченный представитель Оператора

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (должность) | (подпись) | (Ф.И.О.) |