

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр гематологии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (-аяся) _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя полностью)
Паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____
кем выдан _____
Адрес регистрации: _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27. 07. 2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ",

ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на обработку Федеральным государственным бюджетным учреждением «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Оператор), расположенным по адресу: г. Москва, Новый Зыковский проезд, д. 4, моих персональных данных/персональных данных представляемого мной, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты документа удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или – при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

В процессе оказания Оператором мне/представляемому мной медицинских услуг

ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу, уполномоченному работнику) передавать мои персональные данные/персональные данные представляемого мной, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу, уполномоченному работнику) передавать мои персональные данные/персональные данные представляемого мной, в том числе составляющие врачебную тайну, при условии их деперсонализации (обезличивания) другим должностным лицам в интересах обследования, лечения, в том числе в электронном виде через незащищенные каналы связи (электронная почта).

ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

ОПЕРАТОР ВПРАВЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

ДАЮ СОГЛАСИЕ Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений и/или сообщений на адрес электронной почты: напоминание о записи на прием к специалисту или исследованию (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии моего здоровья, состоянии здоровья представляемого (результаты дополнительных методов обследования, рекомендации, результаты исследований, и др. сведения, составляющие врачебную тайну/персональные данные), получение счетов на оплату, через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

E-mail: _____ **Телефон:** _____

Я подтверждаю и гарантирую, что указанные мною абонентские номера мобильной связи и /или адреса электронной почты (e-mail), принадлежат мне, и соглашаюсь с тем, что я самостоятельно несу риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений.

ОПЕРАТОР ИМЕЕТ ПРАВО обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия субъекта персональных данных, за исключением случаев, перечисленных в пп. 2-11 ч. 1 ст. 6 Закона №152-ФЗ.

НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ действует в течение всего времени хранения моих медицинских документов. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов (медицинской карты пациента).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных оператор обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий трех рабочих дней с даты поступления указанного отзыва.

Об уничтожении персональных данных оператор обязан любым доступным способом (на бумажном носителе по почте, на адрес электронной почты субъекта персональных данных) уведомить субъекта персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных (или его законного представителя) _____
(Ф.И.О.)

Дата: « _____ » _____ 20__ г.

Сведения в электронную базу данных внесены:

Оператор: _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата: « _____ » _____ 20__ г.