«Приложение № 1

к приказу ФГБУ «ФЦТОЭ»

Минздрава России (г.Чебоксары)

от «09» января 2017 года № 9»

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество пациента полностью)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)*

или законный представитель пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество пациента)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, имя, отчество законного представителя полностью)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного, адрес представителя, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)*

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Чебоксары), находящегося по адресу г.Чебоксары, ул.Ф.Гладкова, д.33 (далее – Оператор) моих данных (или данных лица, законным представителем которого являюсь), включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, данные основного документа, удостоверяющего личность, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) (при наличии) , данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказание услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (или лицу, законным представителем которого являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (или данные лица, законным представителем которого являюсь), в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, органам государственной власти, уполномоченным составлять протоколы и рассматривать дела об административных правонарушениях, страховым организациям в связи с исполнением договора на оказание медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию, страхователю, Фонду социального страхования Российской Федерации, учреждению медико-социальной экспертизы и другим медицинским организациям, иным лицам только в связи моим (или лица, законным представителем которого являюсь) обследованием и лечением.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (или данными лица, законным представителем которого являюсь), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (или данные лица, законным представителем которого являюсь) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными документами, страховым организациям в связи с исполнением договора на оказание медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными (или данными лица, законным представителем которого являюсь) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных (или данных лица, законным представителем которого являюсь) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных (или данных лица, законным представителем которого являюсь) в иных случаях может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. и действует бессрочно.

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 получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне (или лицу, законным представителем которого являюсь) до отказа медицинской помощи.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись, фамилия, имя, отчество)*

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись, фамилия, имя, отчество, указать родственные или иные отношения)*

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.».