|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
| **СОГЛАСИЕ**  **на обработку персональных данных пациента** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Я, нижеподписавшийся | | . | | | | | | |
|  | | (Ф.И.О. полностью) | | | | | | |
| зарегистрированный по адресу: | | |  | | | | | |
| проживающий по адресу: | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| документ, удостоверяющий личность | | | |  | серия |  | номер |  |
|  | | | | | | | | |
| выдан |  | | | | | | | |
| (дата и название выдавшего органа) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **я даю свое согласие** на обработку **ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России**, расположенному по адресу: Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11; ул. Москворечье, д. 1 (далее – Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты справки МСЭ, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических и научных целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | |
| В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам: | | | | | | | | |
| - должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора; | | | | | | | | |
| - страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам. | | | | | | | | |
| Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. | | | | | | | | |
| Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия. | | | | | | | | |
| Я даю согласие на получение от ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России рассылки-информации справочного характера об оказываемых услугах следующим способом:                         e-mail/   тел.(звонок/смс-оповещение). | | | | | | | | |
| Настоящее согласие дано мной **\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.** вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно. | | | | | | | | |
| Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Подпись субъекта персональных данных | | | |  |  |  | | |
|  | | | | | | расшифровка подписи | | |