|  |
| --- |
|    |
| **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  |