**Согласие** **субъекта персональных данных (пациента)**

**на обработку персональных данных**

**(КРОМЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ)**

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

 *(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование документа, удостоверяющего личность (например, паспорт), его серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ)*

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(наименование населенного пункта, улицы, номер дома, корпуса, квартиры)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон для связи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

далее именуемый (-ая) «Субъект ПДн», в лице законного представителя

(заполняется в случае получения согласия отпредставителя субъекта персональных данных) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(статус (например, «отец», «мать»),*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование документа, удостоверяющего личность (например, паспорт), его серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ)*

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование населенного пункта, улицы, номер дома, корпуса, квартиры)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующий от имени субъекта персональных данных на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие **Федеральному государственному бюджетному научному учреждению «Научно - исследовательский институт комплексных проблем сердечно - сосудистых заболеваний»** (сокращенное наименование − НИИ КПССЗ), ИНН 4205012290, зарегистрированному по адресу: 650002, г. Кемерово, Сосновый бульвар, 6, далее именуемому «Оператор», с целью обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов на совершение действий (операций) или совокупности действий (операций) по обработке персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Настоящее согласие на обработку персональных данных в отношении следующих данных субъекта ПДн: ФИО; да­та рож­де­ния; пол; воз­раст; све­дения о сме­не ФИО; мес­то рож­де­ния; граж­данс­тво; ад­рес ре­гис­тра­ции; ад­рес про­жива­ния; кон­так­тные те­лефо­ны, ад­рес элек­трон­ной поч­ты (или иной вид свя­зи); дан­ные до­кумен­та, удос­то­веря­юще­го лич­ность; на­име­нова­ние ор­га­на, вы­дав­ше­го до­кумент, удос­то­веря­ющий лич­ность; да­та вы­дачи до­кумен­та, удос­то­веря­юще­го лич­ность; дан­ные до­кумен­та, удос­то­веря­юще­го пол­но­мочия за­кон­но­го пред­ста­вите­ля; ИНН; СНИЛС; про­фес­сия; со­ци­аль­ный ста­тус; мес­то ра­боты; дан­ные ме­дицин­ско­го стра­хово­го по­лиса; све­дения о сос­то­янии здо­ровья; но­мер ме­дицин­ской кар­ты; ди­аг­ноз; груп­па кро­ви, ре­зус при­над­лежность; дол­жность; стаж ра­боты; се­мей­ное по­ложе­ние; рек­ви­зиты лис­тка нет­ру­дос­по­соб­ности; при­чина нет­ру­дос­по­соб­ности; пе­ри­од нет­ру­дос­по­соб­ности; дан­ные по­лиса доб­ро­воль­но­го ме­дицин­ско­го стра­хова­ния; све­дения о до­норс­тве (но­мер справ­ки, да­та сда­чи кро­ви); иные све­дения, не­об­хо­димые в це­лях осу­щест­вле­ния ус­тавной де­ятель­нос­ти; све­дения о за­боле­вании; све­дения о на­личии ин­ва­лид­ности; ре­зуль­та­ты ме­дицин­ских об­сле­дова­ний; дан­ные ла­бора­тор­ных ис­сле­дова­ний; све­дения, ука­зан­ные в анам­не­зе; све­дения, ука­зан­ные в эпик­ри­зе; ан­тро­помет­ри­чес­кие дан­ные; све­дения о гос­пи­тали­зации; све­дения об опе­ратив­ных вме­шатель­ствах; све­дения об ока­зан­ной ме­дицин­ской по­мощи; ме­дицин­ское зак­лю­чение; ре­зуль­тат об­ра­щения за ме­дицин­ской по­мощью; вид ока­зан­ной ме­дицин­ской по­мощи; сведения о пребывании за границей; сведения о судимости; иные све­дения, не­об­хо­димые в це­лях ока­зания плат­ных ме­дицин­ских и иных ус­луг на­селе­нию в со­от­ветс­твии с Ус­та­вом; иные све­дения, не­об­хо­димые в це­лях ока­зания ме­дицин­ской по­мощи; иные све­дения, не­об­хо­димые в со­от­ветс­твии с за­коно­датель­ством в сфе­ре здра­во­ох­ра­нения,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**Цель обработки персональных данных***(выбрать значение(я) в ячейках нижеприведенного списка («да» − ✓, «нет» − Χ)***:**

* оказание мне /субъекту ПДн медицинской помощи
* обращение (заявление, жалоба и др.) в НИИ КПССЗ по вопросу оказания медицинской помощи

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

(указать иные цели (при наличии)

Настоящее согласие действует с момента предоставления и до момента отзыва согласия либо срока, определенного законом (в зависимости от того, что наступит ранее).

Я ознакомлен(-а) с тем, что:

* настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;
* в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
* персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения, возложенных законодательством Российской Федерации на Оператора функций, полномочий и обязанностей.

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных. Персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных, оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней, если иное не предусмотрено федеральным законом, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |