

**Согласие субъекта персональных данных на обработку
его персональных данных ССК «ВУЛАН» - НКФ ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

зарегистрированный(ая) по адресу:

_____ (место регистрации)

документ, удостоверяющий
личность:

серия: номер:

_____ (наименование, серия и номер документа)

выдан:

_____ (дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ и код подразделения)

в лице (законного) представителя:

_____ (фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

зарегистрированного(ой) по адресу:

_____ (место регистрации)

документ, удостоверяющий личность: _____

_____ (наименование, серия и номер документа, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ и код подразделения)

_____ (реквизиты документа, подтверждающего полномочия (законного) представителя субъекта персональных данных)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне (субъекту персональных данных) медицинских и/или иных услуг, подтверждаю свое согласие на обработку ССК «ВУЛАН» - НКФ ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, расположенным по адресу: Москва г, Новый Арбат ул, д.32 (далее – Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, контактный телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных (субъекта персональных данных) Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных (субъекта персональных данных) вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами и/или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление/передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я согласен(а) со следующими действиями с моими персональными данными (субъекта персональных данных):

1. Обработка моих персональных данных (субъекта персональных данных) в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных (субъекта персональных данных), защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

(подпись)

(Ф.И.О субъекта или его представителя)

Согласие
получено

« » 20 ____ г.

Уполномоченный представитель Оператора

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О)

Если Вы хотите анонимно сообщить о факте коррупции, позвоните по номеру 84992770112