

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения _____, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность: вид: _____, серия _____ № _____, выдан «__»
_____ 201__ г. _____,
код подразделения _____,

в соответствии с требованиями 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" **подтверждаю свое согласие** на обработку Федеральным государственным бюджетным учреждением "Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства" (далее — Оператор), находящемуся по адресу: г. Москва, ул. Большая Дорогомиловская, д.5 (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: *фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации по месту жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью* — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, а также в целях организации внутреннего учета Оператора при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг **я предоставляю Оператору право:**

- 1) осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в органы и организации, указанные в настоящем согласии), обезличивание, блокирование, уничтожение;
- 2) использовать следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом;
- 3) обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов);
- 4) осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными с ФМБА России, организациями, подведомственными ФМБА России, со страховыми медицинскими организациями, организациями-заказчиками медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору на оказание платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, документов на бумажных носителях, 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.

Я даю согласие / не даю согласие (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору на передачу персональных данных в спортивные федерации, спортивные клубы и иные физкультурно-спортивные организации по видам спорта, с которыми у меня заключен трудовой договор.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мной путем составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Я даю согласие / не даю согласие (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследованию (на указанный мной номер телефона), на пересылку информации о состоянии моего здоровья (результаты обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на которые разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

Контактный телефон: +7 (_____) _____, e-mail: _____.

Подпись субъекта персональных данных: _____.

" _____ " _____ г.
(дата оформления)