

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (-аяся) _____

ФИО законного представителя

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
_____, дата выдачи _____,
Дата рождения _____, зарегистрированный по адресу: _____

являясь законным представителем _____

ФИО пациента

дата рождения: « _____ » _____ 20 ____ г. свидетельство о рождении серии _____
номер _____ дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" **Я ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на обработку **РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России** (119571, г. Москва, Ленинский проспект, 117) (далее - Оператор) моих персональных данных и персональных данных моего ребёнка (опекаемого), включающих: 1) фамилию, имя, отчество; 2) пол; 3) дату рождения; 4) адрес места жительства, 5) контактные телефоны; 6) реквизиты паспорта (иного документа, удостоверяющего личность); 7) реквизиты полиса ОМС/ДМС, 8) страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); 9) место работы, учебы, 10) данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или – при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

В процессе оказания Оператором **мне** медицинских услуг **Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО** медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ:

- 1) все действия (операции) с персональными данными, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.
- 2) 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) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг;
- 4) осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я УВЕДОМЛЁН, что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет – для поликлиники.

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

НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ действует бессрочно и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения 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 исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья моего ребенка (результатов дополнительных методов обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

E-mail: _____ **Телефон:** _____

Подпись субъекта персональных данных _____ (Ф.И.О.)

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г. Сведения в электронную базу данных внесены:

Оператор: _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)