



**ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, А ТАКЖЕ – НА ПЕРЕДАЧУ СВЕДЕНИЙ,
СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ.**

г. Москва

____ . ____ . 20 ____ г.

Субъект, дающий согласие на обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну:

Фамилия, имя, отчество:

Адрес:

Паспорт №:

Выдан (орган):

Выдан: (дата / код
подразделения):

принял решение о предоставлении моих персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе, а также – даю согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну, нижеуказанным лицам (в соответствии с положениями федерального закона от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», и федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Также свободно, своей волей и в своем интересе принял решение участвовать в проводимой АНО «РАЗВИТИЕ» благотворительной программе: «Программа повышения качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями». Подтверждаю отсутствие у себя противопоказаний к транспортировке в федеральный медицинский центр, расположенный в другом субъекте Российской Федерации (в г. Москва Каширское ш.23).

Наименование и адрес лиц, получающих согласие Субъекта на обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну: АНО «Развитие» - 119146, Москва, Фрунзенская наб., 16 корп.1.

Цели обработки персональных данных Субъекта и сведений, составляющих врачебную тайну:

Сбор и анализ данных осуществляется с целью предварительного консультирования по медицинским документам, их комплектности и соответствию требованиям, предъявляемым к перечню документов, необходимых для консультации в Федеральном Центре.

Данные также обрабатываются с целью заказа, получения и оплаты транспортных услуг, необходимых в случае направления Субъекта лечащим врачом на консультацию к другим специалистам (в рамках проводимой АНО «Развитие» благотворительной программы). Сведения могут быть переданы в государственные учреждения (министерство Здравоохранения, департаменты Здравоохранения (в т.ч. департамент Здравоохранения города Москвы), аппарат президента РФ, аппарат премьер-министра, правительство РФ, государственные органы и учреждения субъектов РФ), для возможного последующего формирования государственных программ в области здравоохранения и регистров пациентов.

Перечень персональных данных и данных, составляющих врачебную тайну, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:

Фамилия, имя, отчество; дата рождения; данные документа, удостоверяющего личность; адрес; место рождения, гражданство, семейное положение; пол; контактная информация, номера рабочего и мобильного телефонов, адрес электронной почты, результаты анализов; место жительства; место регистрации; номер полиса ОМС; анамнез; диагноз; сведения об организациях, оказавших медицинские услуги; вид оказанной медицинской помощи; лекарственная и иная терапия, иные значимые сведения, способные пролить свет на динамику заболевания, причину заболевания, а также – иные соответствующие сведения.

Перечень действий с персональными данными и данными, составляющими врачебную тайну, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:

Обработка данных, включая сбор, систематизацию, классифицирование, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, анализ, статистическую обработку, распространение, обезличивание (деперсонализацию), блокирование, уничтожение данных.

Настоящее Согласие Субъекта действует в течение неопределенного срока. Субъект может отозвать настоящее согласие путем направления лицам, которым дано настоящее Согласие, письменного уведомления не менее чем за 90 (девяносто) дней до предполагаемой даты отзыва настоящего Согласия.



Участие в программе предполагает согласие Субъекта на дальнейшее информирование организаторов программы о прохождении лечения с различным временным интервалом, после прохождения консультации в ФЦ.

Настоящее Согласие составлено на одной странице и в 2 (двух) экземплярах – один для АНО «Развитие», один – для Субъекта.

Личная собственноручная подпись Субъекта *:	
*подтверждающая согласие на обработку персональных данных Субъекта и сведений, составляющих врачебную тайну.	
_____	_____
подпись	расшифровка подписи
подтверждающая ознакомление с регламентов участия в программе	
_____	_____
подпись	расшифровка подписи
подтверждающая ознакомление и согласие на участие в программе	
_____	_____
подпись	расшифровка подписи