**Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт РФ: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем, когда, код подразделения)

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в системе индивидуального (персонифицированного) учета

**Этот раздел бланка заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан.**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт РФ: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем, когда, код подразделения)

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в системе индивидуального (персонифицированного) учета

**Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)**

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

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

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

наименование и реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя

В соответствии с требованиями ст.ст. 9, 10 Федерального закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я подтверждаю свое согласие на предоставление и обработку СПб ГБУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер Красногвардейского района» (195112, г. Санкт-Петербург, Новочеркасский пр., д.15) (далее — Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мною лица (несовершеннолетнего в возрасте 15 лет, лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным) (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, включающих: фамилия, имя, отчество, пол, дату и место рождения, гражданство, адрес места жительства и места регистрации, дату регистрации, контактные телефоны, адрес электронной почты данные документа удостоверения личности, реквизиты полиса ОМС, страхового номера индивидуального лицевого счета гражданина в системе индивидуального (персонифицированного) учета (СНИЛС), должность и место работы (учебы, занятий спортом), виде спорта, спортивной квалификации, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрических персональных данных и другую информацию — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также проведения текущих, этапных, предсоревновательных медицинских осмотров, врачебно-педагогических наблюдений в том числе углубленных медицинских обследований, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг 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 (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего (представляемого мной лица) обследования, лечения и внутреннего учета Оператора. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу) (в страховую медицинскую организацию, организацию — заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение, неавтоматизированная обработка персональных данных; автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по информационно-телекоммуникационным сетям или без таковой; смешанная обработка персональных данных и любые другие действия (операции) с персональными данными. Оператор имеет право осуществлять обработку данных на бумажных носителях, автоматизированную обработку персональных данных с передачей полученной информации по информационно-телекоммуникационным сетям или без таковой, смешанную обработку персональных данных, а также путем внесения в электронную базу данных в сфере здравоохранения, включения в списки (реестры), заполнение первичных медицинских документов, утвержденные Министерством здравоохранения РФ и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в том числе по ОМС, договорам ДМС, договорам по оказанию платных медицинских услуг, при условии, что указанные предоставление и передача будут осуществляться по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что при прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, направленного мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручения лично под расписку представителю Оператора или посредством составления соответствующего документа в электронной форме, подписанного мной с использованием усиленной квалифицированной подписи или простой электронной подписи посредством применения Единой системы идентификации и аутентификации.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя. Я ознакомлен(а) с тем, что в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных ч. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных**». 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 представляемого мною лица (результаты дополнительных методов обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и номер телефона, на который разрешаю Оператору высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

Е-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано мной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) и действует до дня его отзыва.

Подпись субъекта персональных данных (или его законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_