

**СОГЛАСИЕ**  
**пациента на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

(дата и название выдавшего органа)

своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ «Набережно-Челнинская ИБ», расположенным по адресу: 423812, Российская Федерация, Республика Татарстан, город Набережные Челны, Московский проспект, дом № 85, моих персональных данных.

**Цель обработки персональных данных:** в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции Российской Федерации, ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных федеральных законов.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:**

- фамилия, имя, отчество;
- дата и место рождения;
- пол;
- паспортные данные;
- адрес по месту регистрации;
- адрес фактического места жительства;
- контактный номер телефона;
- семейное, социальное положение;
- сведения о членах семьи (близких родственниках);
- сведения об образовании;
- место работы (учебы);
- должность (профессия);
- сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы);
- сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах);
- сведения о праве на льготу и льготное лекарственное обеспечение;
- сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении;
- сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования;

- сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС);
- сведения о листках нетрудоспособности.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:** обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

*Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в непредусмотренных законодательством Российской Федерации случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие пациента в каждом отдельном случае.*

**Способы обработки персональных данных:** на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

**Срок, в течение которого действует согласие:** до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

**Настоящее согласие может быть отозвано** мной путем подачи в ГАУЗ «Набережно-Челнинская ИБ» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов в ГАУЗ «Набережно-Челнинская ИБ», права и обязанности в области защиты персональных данных пациентов мне разъяснены.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи пациента)