

## СОГЛАСИЕ на передачу и обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся  \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью),  
проживающий по адресу:  \_\_\_\_\_, паспорт

\_\_\_\_\_ (серия, номер), выдан \_\_\_\_\_ (дата  
и название выдавшего органа), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на передачу и обработку ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» (далее - Центр) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, в случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также для ведения научно-исследовательской работы при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Центром мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Центра, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Центру право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Центр вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Центр имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной  \_\_\_\_\_ (дата) и действует бессрочно или до письменного уведомления с моей стороны.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Центра по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Центра.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Центр обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных  \_\_\_\_\_

Сведения о законном представителе\* (при наличии) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_ (почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

Дата рождения законного представителя \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Документ, удостоверяющий личность законного представителя: \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

\* Примечание: заполняется в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.