**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

        Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  (серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9,10 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие на обработку ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», 620036, Свердловская обл., г. Екатеринбург, ул. Соболева, 29 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес фактического проживания и регистрации, контактный номер телефона, электронная почта, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы/учебы, данные основного документа удостоверяющего личность (паспортные данные), данные свидетельства о рождении, сведения о наличии льгот, данные о диагнозах и состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и оказанных медицинских услугах.
        Обработка персональных данных ведется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания и учета медицинских услуг, выполнения договорных обязательств и проведения расчетов, в том числе при оказании медицинской помощи в рамках ОМС.
        Я даю согласие на обработку моих персональных данных, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, т.е. на совершение с ними следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, передачу моих персональных данных, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.
        Я согласен с тем, что в случаях, когда обработка персональных данных ведется для достижения целей, предусмотренных законом Российской Федерации или для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Оператора функций, полномочий и обязанностей, в том числе при предоставлении государственных и муниципальных услуг, обработка моих персональных данных может быть поручена Оператором следующим надзорным органам, службам, предприятиям и учреждениям: Управление Росздравнадзора по Свердловской области 620014, г. Екатеринбург, ул. Попова, д.30; Управление Роспотребнадзора по Свердловской области и его территориальные отделы 620078, г. Екатеринбург, пер. Отдельный, 3; Министерство здравоохранения 127994, г. Москва, Рахмановский пер., д.3/25, стр.1,2,3,4; Министерство здравоохранения Свердловской области 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, д. 34 «б»; Управление здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга 620075, г. Екатеринбург, ул. Тургенева, д. 19; ТФОМС Свердловской области 620102, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Московская, д.54; Пенсионный фонд РФ и его отделения 119991, г. Москва, ул. Шаболовка, 4.; ГБУЗ СО «Медицинский Информационно-аналитический Центр», 620078, г. Екатеринбург, ул. Гагарина, д. 53; ГБУ СО ОПЕРАТОР «ЭЛЕКТРОННОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА», 620094, г. Екатеринбург, ул. Большакова, д. 105; ООО «Фирма «Эскейп», 129010, г Москва, Проспект Мира, д. 16, стр. 2; АО «РТ Лабс», 141400, Московская область, г. Химки, ул. Пролетарская, д. 23 (юридический адрес), 123317, г. Москва, ул. Антонова-Овсеенко, д. 15, стр. 1 (почтовый адрес); ООО «Медотрейд», 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 69/75, оф. 1101; ООО «ПАРУС-Екатеринбург» (Региональный офис), 620014, г. Екатеринбург, ул. Маршала Жукова, д. 13; ОАО «Ростелеком», 191002, г. Санкт-Петербург, ул. Достоевского, д.15..Обязательным условием предоставления и (или) поручения обработки персональных данных третьим лицам является обязанность сторон по соблюдению конфиденциальности и обеспечению безопасности персональных данных при их передаче и обработке.
        Я согласен, что Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные неавтоматизированным и автоматизированным способом, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление и передачу отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.
Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, определенному законодательством РФ.

Я предоставляю право медицинским работникам осуществлять, на указанный мной контактный номер телефона и адрес электронной почты, информирование о произведенной записи на прием к врачу, об отмене / перенесении планируемого приема в связи с изменением расписания работы специалистов, о готовности результатов медицинских анализов и обследований.

Настоящее согласие действует с даты подписания и до достижения целей обработки персональных данных субъекта персональных данных.
        Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора на имя Главного врача по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. 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.
        Права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны. На все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 Ф.И.О.

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.