**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 «РКПД», расположенному по адресу: 420029, Российская Федерация, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Сибирский тракт, д. 27а, моих персональных данных.

**Цель обработки персональных данных**: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 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.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 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, месяц, год рождения;

-    пол;

-    адрес места жительства;

-    контактный номер телефона;

-    место работы (учебы);

-    должность (профессия);

-    социальное положение;

-    паспортные данные;

-    сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования;

-    сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС);

-    сведения о льготах;

-    сведения о состоянии здоровья (в том числе группа здоровья, группа инвалидности);

-    результаты исследований;

-    сведения об оказанных медицинских услугах.

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

*Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в не предусмотренных Федеральным законодательством 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 Федеральным законодательством.

**Настоящее согласие может быть отозвано** мной путем подачи в ГАУЗ «РКПД»  письменного заявления об отзыве согласия.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  « |   | » |   | 20 |   |  г. |   |   |   |   |
|   | (подпись) |   | (расшифровка подписи пациента) |