|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ** |
|  |  |
|  |  | город Тюмень |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Дата |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Субъект персональных данных, |
|  |  |  |
|  |  | (Фамилия, Имя, Отчество полностью)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | вид основного документа, удостоверяющий личность |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **проживающий(ая) по адресу**  |  |
|  |  | В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных), |
|  |  |  |
|  |  | (Фамилия, Имя, Отчество полностью)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  серия: , номер: |
|  |  | вид основного документа, удостоверяющий личность |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | проживающий(ая) по адресу  |  |
|  |  | действующий от имени субъекта персональных данных на основании  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | (реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя), |  |
|  |  | **принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе.**  |
|  |  | **Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**  |  |
|  |  | **Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук", Томская обл, Томск г, Кооперативный пер, дом № 5** |  |
|  |  | **«Тюменский кардиологический научный центр» - филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Тюменская обл, Тюмень г, Мельникайте ул, дом № 111** |  |
|  |  | **Со следующей целью обработки персональных данных:** |  |
|  |  | обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, статистических, научно-исследовательских и иных исследовательских целях. |
|  |  | **Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:**  |
|  |  | фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения, адрес; семейное положение; сведения о детях, фотография, паспортные данные: а) вид документа; б) серия и номер документа; в) орган, выдавший документ: - наименование; - код; г) дата выдачи документа; адрес регистрации места жительства; адрес фактического места жительства; пол; номер контактного телефона (домашний, рабочий, сотовый); адрес электронной почты; ИНН; номер страхового свидетельства пенсионного страхования, дата, номер, серия полисов медицинского страхования, сведения о трудовой деятельности; факт обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состояние его здоровья и диагноз, сведения, которые характеризуют физиологические и биологические особенности человека, на основании которых можно установить его личность (биометрические персональные данные), иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. |
|  |  |  **Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:**  |
|  |  | сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача любым третьим лицам на территории России (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных и трансграничная передача персональных данных с использованием средств автоматизации, в том числе в информационно-телекоммуникационных сетях, или без использования таких средств. |
|  |  |  **Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом:** |
|  |  | срок действия настоящего согласия – бессрочно.  |  |
|  |  | на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных оператор прекратит обработку таких персональных данных в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва. Согласие может быть отозвано субъектом путем направления письменного уведомления оператору.  |
|  |  | Субъект персональных данных предупрежден о том, что отзыв указанного согласия на обработку персональных данных может повлечь отказ в оплате, оказанных оператором субъекту персональных данных медицинских услуг страховыми организациями и/или иными лицами. В этом случае субъект персональных данных обязан оплатить оператору оказанные ему медицинские услуги в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения требования.  |
|  |  |
|  | **Я даю свое согласие и разрешаю оператору:** |  |
|  | - информировать меня об оказываемых услугах, предложениях, скидках и акциях. |  |
|  | - осуществлять мне смс-рассылки, а также иные виды рассылок и уведомлений, в том числе рекламного характера с использованием любых средств связи. |  |
|  | - при наличии полиса ДМС – осуществлять отправку запроса на рекомендованные/назначенные медицинские услуги в страховую компанию ДМС с использованием любых средств связи. |  |
|  | ✔ | ДА |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | НЕТ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  **Подпись субъекта персональных данных:**  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | (Ф.И.О. полностью, подпись) |  |  |  |  |  |