

к приказу ФГАУ «НМИЦ «МНТК
Микрохирургия глаза» им. акад.
С.Н. Федорова» Минздрава России
от «23» 08 20 23 № 198

**Согласие Пациента (законного представителя Пациента)
на обработку персональных данных**

Я, Пациент, _____,
медицинская карта Пациента № _____, «____» _____ года рождения,
проживающий(ая) по адресу _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан	
Я, _____	(фамилия, имя, отчество - полностью)
паспорт _____	выдан _____
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента	
(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью)	
Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным «____» _____	г. _____
(число, месяц, год)	

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (Пациента, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие в целях оказания медицинских услуг, оператору - федеральному государственному автономному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской (далее – Учреждение), расположенному по адресу: 127486, Москва, Бескудниковский бульвар, 59А, на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», то есть, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации по месту жительства, пол, номер контактного телефона, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально-занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Учреждением мне консультативной, лечебно-диагностической медицинской помощи предоставляю право медицинским работникам Учреждения передавать мои персональные данные (Пациента, законным представителем которого я являюсь), и сведения, составляющие врачебную тайну, в интересах моего обследования (Пациента, законным представителем которого я являюсь) и лечения, страховым медицинским организациям (при наличии официального запроса), в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, в органы Фонда социального страхования, Министерство здравоохранения Российской Федерации и другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации.

Учреждение вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, если это не противоречит целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным соблюдать конфиденциальность.

Предоставляю Учреждению право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (Пациента, законным представителем которого я являюсь), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. В случае моего несогласия (законного представителя Пациента) на обработку персональных данных, Учреждение вправе не оказывать мне консультативные, медико-профилактические, лечебно-диагностические услуги.

Данное Согласие на обработку персональных данных вступает в силу с даты его подписания и действует до отзыва его Пациентом (законным представителем Пациента), хранится в Учреждении в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я, (законный представитель Пациента), вправе отозвать Согласие посредством составления соответствующего письменного заявления в адрес Учреждения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручить лично под расписку работнику канцелярии Учреждения. В случае получения моего письменного заявления (законного представителя Пациента) об отзыве согласия, Учреждение прекращает обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате.

Я, (законный представитель Пациента), удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;
- на все вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Пациент (законный представитель Пациента):

/ _____ / _____
 (подпись) (Ф.И.О.)

Контактный телефон _____

« ____ » _____ 20 ____ г.