

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр фундаментальной и
трансляционной медицины»
(ФИЦ ФТМ)

**СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА**

Я, _____,
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)
«__» _____ года рождения, проживающий по адресу: _____,
паспорт: серия _____ № _____, **выдан** «__» _____ г. _____,
руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных
данных»,
даю **согласие** Федеральному государственному бюджетному научному учреждению
«Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины» (ФИЦ
ФТМ), ИНН 5408157430, ОГРН 1025403653538, адрес: 630117, г. Новосибирск, ул. Тимакова, д.
2 (далее – Оператор),
в целях оказания медицинских услуг на обработку моих персональных данных с
использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации, а
именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление,
изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание,
блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Данное согласие действует в отношении следующих персональных данных:

• фамилия, имя, отчество;
• пол;
• дата и место рождения;
• гражданство;
• паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан);
• адрес регистрации и фактического проживания;
• контактные телефоны, адрес электронной почты;
• место работы (при наличии);
• сведения о страховом полисе (ОМС/ДМС);
• страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
а также **специальной категории персональных данных**:

• данные о состоянии здоровья: анамнез, диагноз, результаты обследований, назначенное
лечение, иная медицинская информация;
• сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных
рекомендациях;
• сведения о факте обращения за медицинской помощью, случаях обращения за
медицинской помощью;
• сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и
медицинских освидетельствованиях и их результаты;
• иные сведения, необходимые для оказания медицинской помощи в соответствии с
законодательством.

Оператор вправе передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную
тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту:

• должностным лицам Оператора;
• лицам, обрабатывающим персональные данные на основании договора с Оператором;
• страховым медицинским организациям (в рамках ОМС);

- контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстат, иным государственным органам в случаях, установленных законодательством.
- Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.
- Данное согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока и может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме.

(подпись)

(Ф.И.О.)