

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского»
(ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского»)
119991, Москва, Абрикосовский пер., д.2. Тел. +7(499) 248-11-45**

Согласие на обработку и хранение персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. субъекта персональных данных полностью)
паспорт серия _____ номер _____, выдан _____
_____, дата выдачи _____ код
подразделения _____ проживающий
по адресу: _____
_____ реквизиты
доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя

(в случае получения согласия от представителя субъекта)

телефон: _____, e-mail: _____ В
соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О
персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах
охраны здоровья граждан в Российской Федерации», действуя свободно, своей волей и в своем
интересе, даю согласие Федеральному государственному бюджетному научному учреждению
«Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» (г. Москва, Абрикосовский
пер., д.2) (далее - Оператор) на обработку моих/ представляемого мной лица

(Ф.И.О. представляемого полностью)

персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского
диагноза, оказания медицинской помощи и медицинских услуг (в т.ч. по договору), осуществления
иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при
условии сохранения врачебной тайны.

Я подтверждаю свое согласие на обработку Оператором следующих персональных данных
(персональных данных представляемого мной лица):

- фамилия, имя отчество;
- пол, возраст;
- дата и место рождения;
- паспортные данные (или данные другого документа, удостоверяющего личность);
- реквизиты полиса ОМС/ ДМС;
- СНИЛС;
- ИНН;
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;
- место работы/ учебы;
- номера телефонов и адреса электронной почты.

Я предоставляю Оператору право осуществлять любые действия (операции) или совокупность
действий (операций) по обработке персональных данных в рамках Федерального закона от 27.07.2006
N 152-ФЗ «О персональных данных» на бумажных носителях, в информационных системах с
использованием средств автоматизации или без использования таких средств, а также смешанным
способом, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение,
извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание,
блокирование, удаление, уничтожение, моих персональных данных (персональных данных
представляемого мной лица).

Я подтверждаю свое согласие на предоставление Оператором моих персональных данных
(персональных данных представляемого мной лица), в том числе составляющих врачебную тайну, с
соблюдением мер по их защите, в целях моего лечения, обследования и внутреннего учета Оператора

страховым медицинским организациям (в рамках ОМС, ДМС), контролирующим органам (ФФОМС, ТФОМС, иные государственные органы), организациям- исполнителям медицинских услуг в рамках заключенных договоров.

Я проинформирован (а) и согласен (на), что предоставление персональных данных конкретному лицу или определенному кругу лиц не является распространением персональных данных.

Я проинформирован (а) о том, что конфиденциальность моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) соблюдается Оператором в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Круг лиц, допущенных к обработке персональных данных, определяется Оператором.

Персональные данные подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует со дня его подписания и представления и может быть отозвано в любое время путем подачи заявления в простой письменной.

(Подпись, ФИО)

«__»_____20__г.

Служебные отметки:

(Должность, ФИО работника, получившего согласие), (подпись)

«__»_____20__г.