УТВЕРЖДЕНА

 приказом Министерства

 здравоохранения Республики Коми

 от 26 августа 2024 г. № 8/430

 (приложение № 10)

 ФОРМА

**Заявление**

**о согласии на обработку персональных данных**

|  |  |
| --- | --- |
| **Первичные сведения:** | В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие **Комиссии ГБУЗ РК «КРКПЦ»** (далее – Оператор), расположенному по адресу: г. Сыктывкар, ул. Пушкина, д. 114/4, на обработку сведений обо **мне (**с целью отбора пациентов на лечение бесплодия с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми следующих персональных данных: фамилия, имя отчество, дата рождения, место работы/учебы, должность, удостоверение личности, адрес, семейное положение, социальное положение, контактный телефон, пол, полис ОМС, гражданство, национальность, СНИЛС, сведения о состоянии здоровья (включая: диагноз, результаты обследований, анализов и исследований, лекарственные назначения, сведения об ограниченных возможностях здоровья, анамнез, сведения о нетрудоспособности).Настоящее согласие предоставляется на осуществление всех действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, уничтожение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление. Обработка предусматривает использование средств вычислительной техники, использование бумажных носителей, передачу по внутренней сети Оператора и передачу по защищенным каналам связи третьим лицам для достижения указанных в данном согласии целей.К третьим лицам относятся медицинские организации, участвующие в системе ОМС. Я подтверждаю, что уведомлен о том, что Оператор может осуществлять предоставление сведений (включая мои персональные данные) иным лицам, если такое предоставление является обязательным требованием законодательства РФ.Я подтверждаю, что ознакомлен с Политикой Оператора в отношении обработки персональных данных.Я подтверждаю, что ознакомлен с юридическими последствиями отказа в предоставлении каких-либо моих персональных данных или несвоевременного уведомления Оператора об их изменении. Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до момента достижения цели обработки или его отзыва.Настоящее согласие может быть отозвано мною путем направления письменного заявления. |
| ФИО: |
|  |
|  |
| Дата рождения: |
|  |
| Адрес регистрации: |
|  |
|  |
| Адрес проживания: |
|  |
| **Удостоверение личности**Наименование документа: |
|  |
| Серия и номер: |
|  |
| Дата выдачи: |
| Кем выдан: |
|  |
| **Медицинский полис** |
| Кем выдан: |
|  |
| номер: |
|  |
| **СНИЛС** |
|  |
| **Иная информация необходимая для** **достижения цели обработки:****контактный телефон:** |
| « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) (подпись) (ФИО) |