**Подтверждение согласия физического лица на обработку персональных данных**

Настоящим \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(фамилия, имя, отчество Поставщика)*

Основной документ, удостоверяющий личность паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*(серия, номер, кем и когда выдан)*

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон 152-ФЗ), подтверждает свое согласие на передачу и обработку персональных данных в целях прохождения процедур, необходимых для проведения заезда в санаторий СКК «Вулан - НКФ ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава РФ.

Оператор, получающий настоящее согласие: СКК «Вулан - НКФ ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава РФ, зарегистрирован по адресу: 353485 Краснодарский край, г.Геленджик, с.Архипо-Осиповка, Приморский бульвар, 32.

Настоящее согласие дано в отношении всех сведений, указанных в передаваемых мною в адрес СКК «Вулан - НКФ ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава РФ документах, в том числе (если применимо): фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты документа удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или – при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

 В процессе оказания Оператором **мне/представляемому мной** медицинских услуг

**Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО** медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные/персональные данные представляемого мной, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

**Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО** медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные/персональные данные представляемого мной, в том числе составляющие врачебную тайну, при условии их деперсонализации (обезличивания) другим должностным лицам в интересах обследования, лечения, в том числе в электронном виде через незащищенные каналы связи (электронная почта).

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых дано согласие, включает: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Законе 152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных действующим законодательством, и в случаях, когда СКК «Вулан - НКФ ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава РФ выступает для третьих лиц, которым передаются персональные данные.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение СКК «Вулан - НКФ ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава РФписьменного уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

Настоящее согласие действует в течение 5 лет со дня его подписания.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне понятны.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 *(подпись) ФИО*