

**ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ  
ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ (ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ)**

Г. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г

*Согласно статье 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.*

**Субъект персональных данных,**

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)  
\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(вид основного документа, удостоверяющий личность)

\_\_\_\_\_ (кем и когда) \_\_\_\_\_ (номер полиса ОМС, страховая организация)  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных),**

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)  
\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(вид основного документа, удостоверяющий личность)

\_\_\_\_\_ (кем и когда)  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

действующий от имени субъекта персональных данных на основании: \_\_\_\_\_

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» уполномочиваю **Межрегиональное общественное движение «Движение против рака»** (сокращенное наименование – МОД «Движение против рака», ОГРН 1097799001959, находящееся по адресу: 109004, г. Москва, ул. Александра Солженицына, д. 31, стр. 1, далее также – «Оператор»), в лице Председателя Исполнительного комитета Боковой Светланы Евгеньевны, действующей на основании Устава, и/или иных полномочных лиц,

на запрос, разглашение, передачу и получение в письменном виде и/или устно сведений о моем состоянии здоровья, планируемом и проводимом медицинском вмешательстве, тактике лечения, в том числе сведений о результатах медицинского обследования, наличии заболеваний, об установленном диагнозе и прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи и другой информации, составляющей врачебную тайну, связанной с оказанием мне медицинской помощи в любых медицинских организациях на территории Российской Федерации и за ее пределами.

**ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**Я, нижеподписавшийся(аяся)** (субъект персональных данных или представитель субъекта персональных данных),

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

**принимаю решение о предоставлении моих персональных данных (данных субъекта персональных данных, в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных) и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе (в интересе субъекта персональных данных, в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных) МОД «Движение против рака».**

Целью обработки персональных данных является содействие защите и восстановлению прав субъекта персональных данных на охрану здоровья и медицинскую помощь, получение квалифицированной психологической помощи, юридической консультации по вопросам в сфере охраны здоровья и медицинской помощи, сбор информации по фактам отказа пациентам в противоопухолевых препаратах, а также по иным случаям ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения; номер полиса ОМС, вид основного документа, удостоверяющий личность, серия, номер и дата выдачи такого документа, наименование выдавшего его органа; фактическое место жительства; контактный телефон; e-mail; пол; персональные данные, составляющие врачебную тайну, в том числе данные о состоянии здоровья, заболеваниях, установленном диагнозе, случаях обращения за медицинской помощью, применяемых методах и тактиках лечения.

Я даю согласие, что обработка моих персональных данных может осуществляться Межрегиональным общественным движением «Движение против рака», Акционерным обществом «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» на основании Соглашения от 9 октября 2019 года с МОД «Движение против рака» и/или иными страховыми и медицинскими организациями (далее – Операторы) по поручению МОД «Движение против рака» в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я даю согласие на совершение следующих действий по обработке персональных данных: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокирование, уничтожение персональных данных.

Стороны пришли к соглашению о том, что согласие, полученное посредством факсимильной связи и электронной почты, является надлежащим.

Настоящее согласие действует со дня его подписания субъектом персональных данных.

Срок действия настоящего согласия – 2 (два) года. По истечении срока действия настоящего согласия, персональные данные уничтожаются.

Настоящее согласие может быть отозвано субъектом персональных данных на основании его письменного заявления с требованием о прекращении обработки его персональных данных. Отзыв субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных означает отказ от получения содействия защиты и восстановления прав субъекта персональных данных на охрану здоровья и медицинскую помощь, получения квалифицированной психологической помощи, юридической консультации по вопросам в сфере охраны здоровья и медицинской помощи по фактам отказа пациенту в противоопухолевых препаратах, а также по иным случаям ненадлежащего оказания медицинской помощи.

В таком случае согласие действует до дня отзыва субъектом персональных данных.

Я согласен на направление мне (моему представителю) документов, сообщений, содержащих врачебную тайну, а также уведомление об уничтожении моих персональных данных на следующий адрес электронной почты:

\_\_\_\_\_.

Подпись: \_\_\_\_\_

Расшифровка подписи \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество полностью, заполняется от руки)