**Согласие на обработку персональных данных**

| **Я,** |  |
| --- | --- |
|  | (Ф.И.О. полностью) |

| паспорт  |  | дата выдачи: |  |
| --- | --- | --- | --- |
| выдавший орган: |  |
|  | код подразделения: |  |
| адрес места жительства: |  |
|  |

в соответствии со ст.9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ даю свое согласие Благотворительному частному медицинскому учреждению «Хоспис на дому», юридический адрес: 193168, г. Санкт-Петербург, ул. Антонова-Овсеенко, д.5, корп.1, лит.А, пом. 1Н, (далее - Учреждение) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

1) фамилия, имя, отчество;

2) дата и место рождения;

3) адрес регистрации и фактический адрес проживания;

4) сведения о документе, удостоверяющем личность (паспортные данные);

5) данные документов, подтверждающих права на дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (справка об установлении инвалидности, ИПРА и т.п.);

6) сведения о состоянии здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, сведения о ходе лечения/реабилитации;

7) контактный телефон (домашний, мобильный);

8) адрес электронной почты;

9) почтовый адрес;

10) ИНН;

11) реквизиты счета;

12) сведения о профессии, месте работы, составе семьи.

13) фото- и видеоизображения

Обработка персональных данных производится с целью предоставления благотворительной помощи, в том числе заключения и исполнения договора о благотворительной помощи с Учреждением, иных договоров, связанных с оказанием безвозмездной благотворительной помощи со стороны Учреждения, для предоставления отчетности благотворителям (донорам) и запрашиваемой информации контролирующим органам.

Я проинформирован(а) о том, что под обработкой персональных данных подразумевается сбор, запись, систематизация, накопление, хранение**,** , уточнение (обновление, изменение), использование, извлечение, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я согласен(на), что Учреждение вправе предоставить доступ неограниченного круга лиц к моим персональным данным (включая фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, адреса, телефоны, диагноз, информацию о состоянии здоровья.

 Настоящее согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я согласен/не согласен (подчеркнуть нужное) на размещение медицинской информации, составляющей врачебную тайну, в единой государственной информационной системе здравоохранения.

Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент путем направления Учреждение соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Учреждения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку уполномоченному лицу Учреждения.

|   |
| --- |

| (Подпись, Ф.И.О. полностью, дата подписания) |
| --- |