Межрегиональная общественная организация

“Общество пациентов с Наследственным Ангионевротическим Отеком”

Заявление

лица о согласии на обработку персональных (медицинских) данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. субъекта персональных данных), "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, руководствуясь [ст. ст. 9](consultantplus://offline/ref=AE9889596F1C5EAC751F372AF849DE9BEBC734BCFC453FC342751E1A4F8FC7C94374655FD29995625C24C7C3686AE2884C9B4ABC72F40836M3j1I), [10](consultantplus://offline/ref=AE9889596F1C5EAC751F372AF849DE9BEBC734BCFC453FC342751E1A4F8FC7C94374655FD299976D5424C7C3686AE2884C9B4ABC72F40836M3j1I) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных",

даю согласие Межрегиональной общественной организации “Общество пациентов с Наследственным Ангионевротическим Отеком” (далее - Оператор)

в целях оказания содействия в защите моих прав и законных интересов (правовая, консультационная, медико-психологическая поддержка пациентов с Наследственным Ангионевротическим Отеком),

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на следующий срок: до 31.12.2026.

В соответствии с [п. п. 3](consultantplus://offline/ref=AE9889596F1C5EAC751F372AF849DE9BEBC734BCFC453FC342751E1A4F8FC7C94374655FD299956C5C24C7C3686AE2884C9B4ABC72F40836M3j1I), [4 ч. 2 ст. 10](consultantplus://offline/ref=AE9889596F1C5EAC751F372AF849DE9BEBC734BCFC453FC342751E1A4F8FC7C94374655FD299976D5224C7C3686AE2884C9B4ABC72F40836M3j1I) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

(подпись, Ф.И.О.)

Согласие получено "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

Уполномоченный представитель организации: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О.)