

## Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся), \_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество),

Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт № \_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, кем \_\_\_\_\_

даю согласие на обработку своих персональных данных Межрегиональным общественным движением «Движение против рака», ОГРН 1097799001959, находящимся по адресу: 109004, г. Москва, ул. Большая Коммунистическая, д. 31, стр. 1.

Целью обработки моих персональных данных является 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
- Пол
- Год, месяц, дата и место рождения
- Адрес проживания
- Контактный телефон
- Персональные данные, составляющие врачебную тайну, в том числе данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, применяемых методах и тактиках лечения.

Я даю согласие на совершение следующих действий по обработке моих персональных данных:

- сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокирование, уничтожение персональных данных. В случае нарушения права на медицинскую помощь, гарантированного законодательством Российской Федерации, предоставленные персональные данные могут быть переданы в федеральные и региональные органы исполнительной власти, в т.ч. уполномоченных в области здравоохранения и социального развития, и Прокуратуру Российской Федерации.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва.

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

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи \_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество)