

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

г. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г

Согласно статье 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «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)

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» уполномочиваю Межрегиональное общественное движение «Движение против рака» (сокращенное наименование – МОД «Движение против рака», ОГРН 1097799001959, находящимся по адресу: 109004, г. Москва, ул. Александра Солженицына, д. 31, стр. 1, далее также – «Оператор»), в лице Председателя исполнительного комитета Дронова Николая Петровича, действующего на основании Устава, и/или иных полномочных лиц, на запрос, разглашение, передачу и получение в письменном виде сведений о моем состоянии здоровья, планируемом и проводимом медицинском вмешательстве, тактике лечения и другой информации, связанной с оказанием мне медицинской помощи в любых медицинских организациях на территории Российской Федерации.

## 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 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; 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, случаях обращения за медицинской помощью, применяемых методах и тактиках лечения.

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

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.

Подпись: \_\_\_\_\_

Расшифровка подписи \_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество полностью, заполняется от руки)