**Согласие пациента (представителя пациента)**

**на обработку персональных данных при обращении с целью определения возможности получения медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ФИО полностью)*

*(адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность (наименование, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ*):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

\*являясь представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ФИО полностью)*

*(адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность (наименование, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ*):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(документ, подтверждающий полномочия представителя (наименование, реквизиты)*

в целях определения возможности получения мной/моим представляемым медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, **даю свое согласие федеральному государственному бюджетному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)**, находящемуся по адресу: 630055, Российская Федерация, г. Новосибирск, ул. Речкуновская, д. 15, на обработку моих персональных данных/персональных данных моего представляемого, а также персональных данных, касающихся состояния здоровья (в том числе: фамилия, имя, отчество, возраст, дата рождения, адрес регистрации по месту жительства либо по месту пребывания; данные документа, удостоверяющего личность, сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, в том числе сведения о дате оказания медицинской помощи; сведения о состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения полученные при оказании медицинской помощи), в т.ч. содержащихся в отражающих состояние здоровья медицинских документах, их копиях и выписках из медицинских документов, посредством совершения действий с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), сбор и обмен по незащищенным каналам связи, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

**Я согласен(а)** в целях определения возможности получения мной/моим представляемым медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России на передачу указанных в настоящем согласии персональных данных, в том числе персональных данных, касающихся состояния здоровья, а также отражающих состояние здоровья медицинских документов (медицинских заключений, протоколов консилиумов врачей), копий и выписок из медицинских документов, по незащищенным каналам связи, в том числе по следующему адресу электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Я осознаю**, что информация, переданная по электронным каналам связи (электронная почта), считается переданной по незащищенным каналам связи и может стать доступной третьим лицам не по вине ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России в связи с возможным несовершенством защиты каналов связи вне территории ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

**Я согласен(а)** на передачу моей медицинской документации и информации о моем состоянии здоровья/медицинской документации и информации о состоянии здоровья моего представляемого должностным лицам ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, профильным специалистам иных медицинских организаций, медицинским экспертам, при условии соблюдения ими врачебной тайны, в целях определения возможности получения мной/моим представляемым медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, в том числе в иных медицинских организациях, а также для проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи.

**Я подтверждаю**, что, давая такое согласие, я действую своей волей в своих интересах/интересах моего представляемого.

\*\* В целях определения возможности получения моим представляемым медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, я даю свое согласие ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России на обработку моих персональных данных, содержащихся в настоящем согласии, посредством совершения действий, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и в течение всего срока хранения медицинской документации. Отзыв согласия осуществляется путем подачи мною/моим представляемым письменного заявления об отзыве настоящего согласия в канцелярию ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России либо путем направления письменного заявления в адрес ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, фамилия, имя, отчество собственноручно)

*\* заполняется при получении согласия от представителя субъекта персональных данных*

*\*\* включается при получении согласия от представителя субъекта персональных данных*