Согласие пациента (представителя пациента)
на обработку персональных данных при оказании медицинской помощи
с применением телемедицинских технологий

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)
Дата рождения_____, адрес: _____,
основной документ, удостоверяющий личность (наименование, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ): _____,

*являясь законным представителем _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)
Дата рождения_____, адрес: _____,
основной документ, удостоверяющий личность (наименование, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ): _____,
на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия представителя (наименование, реквизиты)

в целях организации оказания мне/моему представляемому медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, **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 в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России за оказанием медицинской помощи; сведения о состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения полученные при оказании медицинской помощи), а также отражающих состояние здоровья медицинских документов, их копий и выписок 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 (распространение, предоставление, доступ), обмен по незащищенным каналам связи, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Я СОГЛАСЕН на передачу указанных в настоящем согласии персональных данных, в том числе персональных данных, касающихся состояния здоровья, а также отражающих состояние здоровья медицинских документов, копий и выписок из медицинских документов, по незащищенным каналам связи, в том числе:

Номер телефона пациента/законного представителя	**Адрес электронной почты**

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, что, давая такое согласие, я действую своей волей в своих интересах/интересах моего представляемого. Настоящее согласие действует со дня его подписания и в течение всего срок хранения медицинской документации. Отзыв согласия осуществляется путем подачи мною/моим представляемым письменного заявления об отзыве согласия в канцелярию ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

«___» _____ _____ г.

_____
(подпись, фамилия, имя, отчество собственноручно)

<*> заполняется при получении согласия от представителя субъекта персональных данных