|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ГКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области»от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в целях реализации Постановления Правительства Калининградской области
от 19 октября 2016 года N 476 «Об определении порядка, размеров и условий предоставления мер социальной поддержки отдельным категориям граждан в сфере здравоохранения на территории Калининградской области и признании утратившими силу отдельных пунктов некоторых постановлений Правительства Калининградской области» в рамках подачи документов на предоставление меры социальной поддержки даю согласие **ГКУЗ «Медицинский информационно - аналитический центр Калининградской области»** (г. Калининград, ул. Мусоргского, д. 10А), на обработку и хранение моих персональных данных, а именно:

паспортных данных; данных о семейном положении; свидетельство о рождении (для детей до 18 лет; домашнего адреса и телефона; заключение врачебной комиссии медицинской организации, в которой пациент проходил диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи о необходимости сопровождения несовершеннолетнего пациента; документ, подтверждающий оказание специализированной медицинской помощи, оформленный в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 мая 2012 года № 441 Н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений»; оригиналы платежных документов, подтверждающих фактически понесенные расходы на оплату специализированной медицинской помощи в случае оплаты пациентом оказанной ему специализированной медицинской помощи; направление Министерства здравоохранения Калининградской области для оказания специализированной медицинской помощи; проездные документы до места оказания специализированной медицинской помощи и обратно, а также банковских реквизитах в документальной форме, то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я согласен (а) с тем, что обработка моих персональных данных производится в полном соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

Мое согласие на обработку персональных данных и их использование в качестве общедоступных для целей, указанных в настоящем согласии, является бессрочным до особого распоряжения, сделанного мной в письменной форме.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. |  |  |  |  |
|  |  | (подпись) |  | (Фамилия И.О.) |