**ФОНД ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ**

**С ТЯЖЕЛЫМИ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ,**

**В ТОМ ЧИСЛЕ РЕДКИМИ (ОРФАННЫМИ) ЗАБОЛЕВАНИЯМИ,**

**«КРУГ ДОБРА»**

ОГРН 1217700036080, ИНН 7707448424/ КПП 770701001

Юридический адрес: 101000, г. Москва, ул. Маросейка, д.7/8, стр. 1

Тел +7(495) 197-64-62, E-mail: office@kd-fund.ru

|  |
| --- |
| **Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных, а также на фото и видеосъемку** |
| Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. представителя)  (далее – «Представитель»), являющий(ая)ся законным представителем несовершеннолетнего лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка) (далее – «Ребенок»), |
| в соответствии со статьями 9,10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьёй 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» подтверждаю своё согласие на сбор и иную обработку (в порядке и для целей, указанных ниже) Фондом поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра» (далее – «Организация») персональных данных Представителя и персональных данных Ребенка в следующем объеме: |
| 1. В отношении Представителя: |
| * фамилия, имя и отчество, * возраст и дата рождения, * паспортные данные, * СНИЛС, * номер домашнего и мобильного телефонов, * адрес электронной почты, * адрес регистрации и адрес места проживания, * изображения и видеозаписи, * биографические данные |
| 1. В отношении Ребенка: |
| * фамилия, имя и отчество, * пол, * номер свидетельства о рождении или паспорта, * СНИЛС, * данные страхового полиса, * возраст и дата рождения, * адрес регистрации и адрес места проживания, * изображения и видеозаписи, * адрес электронной почты, * номер домашнего и мобильного телефонов, * биографические данные, место учебы * информация о состоянии здоровья (решения врачебной комиссии, заключения врачей, диагноз, сведения о заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных препаратах, случаи обращения за медицинской помощью, справки выдаваемые учреждениями медико-социальной экспертизы и т.д.) |
| (далее совместно – «**Персональные данные**»). |
| 1. Я согласен с тем, что Организация будет обрабатывать Персональные данные Представителя и Персональные данные Ребенка с использованием средств автоматизации или без использования таких средств путем сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, обезличивания, блокирования, удаления и уничтожения. |
| 1. Настоящим я также даю свое согласие на передачу Персональных данных Представителя и Персональных данных Ребенка и предоставление доступа к таким Персональным данным:   1) Сотрудникам Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав РФ),  2) Сотрудникам, работникам по договору гражданско-правового характера, волонтерам, членам органов (совет фонда, экспертный совет, попечительский совет, правление) Фонда, экспертам (работникам профильных федеральных государственных образовательных организаций высшего образования (медицинского и (или) фармацевтического) и (или) дополнительного профессионального образования, осуществляющих в качестве уставного вида деятельности научно-исследовательскую деятельность, либо медицинских и (или) фармацевтических научных организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации или Министерству науки и высшего образования Российской Федерации, включая главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации), привлекаемым Фондом.  3) Сотрудникам Федерального казённого учреждения «Федеральный центр планирования и организации лекарственного обеспечения» (далее – ФЦПиОЛО).  4) Сотрудникам органов исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья.  5) Сотрудникам медицинской организации субъекта Российской Федерации, оказывающей медицинскую помощь данному Ребенку.  6) Сотрудникам организаций, участвующих в поставке лекарственных препаратов и медицинских изделий, в том числе не зарегистрированных в Российской Федерации, а также технических средств реабилитации, не включенными в федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, в том числе таможенным представителям, транспортным компаниям, зарубежным поставщикам, а также сотрудникам организаций, осуществляющих цели заключения и исполнения вышеуказанных договоров поставки. |
| Я согласен с тем, что обработка Персональных данных Представителя и Персональных данных Ребенка (если применимо) будет осуществляться Организацией, Минздравом РФ, ФЦПиОЛО, органами исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья, сотрудниками, работниками по договору гражданско-правового характера, волонтерами, экспертами, привлекаемыми Фондом, членами органов Фонда в целях: |
| * Обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, в том числе не зарегистрированными в Российской Федерации, а также техническими средствами реабилитации, не включенными в федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду; |
| * обеспечения личной безопасности Представителя, личной безопасности Ребенка и других участников мероприятий; |
| * плановой и экстренной связи (по электронной почте и по номеру мобильного телефона и т.д.) с Представителем в случае необходимости. |
| * внесения в электронные базы данных государственных информационных систем, в частности, в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (федеральный, региональный сегменты) сведений необходимых для ведения информационного ресурса в соответствии с правилами утвержденными Постановлением Правительства от 8 апреля 2021 г. № 555 |
| * внутреннего учета Организации |
| * информирования с помощью средств связи, в том числе путём направления SMS-сообщений или писем на электронную почту |
| 1. Я подтверждаю, что обработка моих Персональных данных и Персональных данных Ребенка осуществляется с согласия моего и Ребенка и в наших интересах. |
| 1. Настоящее согласие на обработку Персональных данных Представителя и Персональных данных Ребенка действует в течение срока, необходимого для достижения целей обработки, указанных выше, после которого Персональные данные будут обезличены или уничтожены (если только дальнейшая обработка не будет требоваться по законодательству Российской Федерации). |
| 1. Настоящее согласие может быть отозвано мной посредством направления письменного отзыва в произвольной форме на имя Председателя правления Организации либо вручено лично представителю администрации Организации по адресу: 101000, г. Москва, ул. Маросейка, д.7/8, стр. 1, либо отправлено по адресу электронной почты [office@kd-fund.ru](mailto:office@kd-fund.ru). |
| |  |  | | --- | --- | | **ФИО Ребенка** |  | | **Серия и номер свидетельства о рождении/паспорта** |  | | **Адрес проживания** |  | | **Адрес регистрации** |  | | **ФИО Представителя** |  | | **Серия и номер паспорта, кем и когда выдан, код подразделения** |  | | **СНИЛС** |  | | **Адрес проживания** |  | | **Адрес регистрации** |  | | **Мобильный телефон** |  | | **Электронная почта** |  | | **Законный представитель (мать, отец, опекун, др.)** |  | | **Документ подтверждающий полномочия законного представителя** |  | |
| Подпись Представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) Дата: \_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |