**ФОНД ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ**

**С ТЯЖЕЛЫМИ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ,**

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

**«КРУГ ДОБРА»**

ОГРН 1217700036080, ИНН 7707448424/ КПП 770101001

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 Пациента)  **Паспорт РФ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **выдан** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **дата выдачи:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **адрес регистрации:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее – «Представитель»), являющий(ая)ся законным представителем несовершеннолетнего лица  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. и реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего, дата рождения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (далее – «Пациент»), | |
| 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» свободно, своей волей, в своих интересах и в интересах моего несовершеннолетнего ребенка даю Фонду поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра» (г. Москва, ул. Маросейка, Д. 7/8, Стр. 1) (далее – «Фонд») согласие: | |
| 1. на обработку (осуществление сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, блокирования, удаления, уничтожения) персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств: | |
| Представителя: | |
| * фамилия, имя и отчество; * дата рождения * реквизиты документа, удостоверяющего личность; * СНИЛС; * номер контактного телефона; * адрес электронной почты; * адрес регистрации и адрес места проживания; * биографические данные; * подпись | |
| Пациента: | |
| * фамилия, имя и отчество, * пол; * дата рождения; * реквизиты свидетельства о рождении/реквизиты документа, удостоверяющего личность; * адрес места регистрации и фактического проживания; * СНИЛС; * данные страхового полиса; * адрес регистрации и адрес места проживания; * адрес электронной почты; * контактный телефон; * биографические данные; * подпись | |
| в целях содействия по вопросам оказания медицинской помощи, обеспечения пациентов лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, в т.ч. не зарегистрированными в РФ, а также техническими средствами реабилитации | |
|  | *подпись Представителя* |
| 1. на обработку (осуществление сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, блокирования, удаления, уничтожения) специальных категорий персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств: | |
| Пациента: | |
| * сведения 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.) | |
| в целях содействия по вопросам оказания медицинской помощи, обеспечения пациентов лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, в т.ч. не зарегистрированными в РФ, а также техническими средствами реабилитации | |
|  | *подпись Представителя* |
| 1. на обработку (осуществление сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, извлечения, использования, блокирования, удаления, уничтожения) персональных данных с использованием средств автоматизации: | |
| Представителя: | |
| * видеоизображение | |
| Пациента: | |
| * видеоизображение | |
| в целях обеспечения личной безопасности Представителя, личной безопасности Пациента и других участников мероприятий | |
|  | *подпись Представителя* |
| 1. на обработку (осуществление сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, извлечения, использования, блокирования, удаления, уничтожения) персональных данных с использованием средств автоматизации: | |
| Представителя: | |
| * видеоизображение; * фотография | |
| Пациента: | |
| * видеоизображение; * фотография | |
| в целях осуществления фото и видеосъемки | |
|  | *подпись Представителя* |

|  |
| --- |
| 1. на передачу (предоставление, доступ)/поручение обработки (осуществление сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения, извлечения, использования, блокирования, удаления, уничтожения) персональных данных (в т.ч. специальных категорий персональных данных) с использованием средств автоматизации и без использования таких средств[[1]](#footnote-1) |
| Настоящее согласие действует в течение периода обеспечения Пациента и 5 (пяти) лет после окончания такого периода, если оно не было отозвано в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных». |
| С порядком и возможными последствиями отзыва[[2]](#footnote-2) согласия на обработку персональных данных ознакомлен(а). |
|  |
| Подпись Представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) Дата: \_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение 1. Перечень третьих лиц, которым могут быть переданы (поручена обработка) персональные данные Пациента/Представителя Пациента

| № п/п | Наименование, адрес юр. лица/вид третьего лица | Категория субъектов ПДн/Перечень передаваемых ПДн | Подпись субъекта ПДн |
| --- | --- | --- | --- |
| в целях содействия по вопросам оказания медицинской помощи, обеспечения пациентов лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, в т.ч. не зарегистрированными в РФ, а также техническими средствами реабилитации | | | |
|  | Министерство здравоохранения Российской Федерации (127994, г. Москва, пер. Рахмановский, 3/25 стр.1;2;3;4) | Пациента:   * фамилия, имя, отчество; * дата рождения; * реквизиты свидетельства о рождении/реквизиты документа, удостоверяющего личность; * адрес места регистрации и фактического проживания; * СНИЛС; * данные страхового полиса; * адрес регистрации и адрес места проживания; * биографические данные; * сведения 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.) * подпись   Представителя:   * фамилия, имя, отчество; * реквизиты документа, удостоверяющего личность; * СНИЛС; * номер контактного телефона; * адрес электронной почты; * адрес регистрации и адрес места проживания; * биографические данные; * подпись |  |
|  | Работникам по договору гражданско-правового характера | Пациента:   * фамилия, имя, отчество; * дата рождения; * реквизиты свидетельства о рождении/реквизиты документа, удостоверяющего личность; * адрес места регистрации и фактического проживания; * СНИЛС; * данные страхового полиса; * адрес регистрации и адрес места проживания; * сведения 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.) * биографические данные; * подпись   Представителя:   * фамилия, имя, отчество; * реквизиты документа, удостоверяющего личность; * СНИЛС; * номер контактного телефона; * адрес электронной почты; * адрес регистрации и адрес места проживания; * биографические данные; * подпись |  |
|  | Волонтерам | Пациента:   * фамилия, имя, отчество; * дата рождения; * реквизиты свидетельства о рождении/реквизиты документа, удостоверяющего личность; * адрес места регистрации и фактического проживания; * СНИЛС; * данные страхового полиса; * адрес регистрации и адрес места проживания; * сведения 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.) * биографические данные; * подпись   Представителя:   * фамилия, имя, отчество; * реквизиты документа, удостоверяющего личность; * СНИЛС; * номер контактного телефона; * адрес электронной почты; * адрес регистрации и адрес места проживания; * биографические данные; * подпись |  |
|  | Членам органов (совет фонда, экспертный совет фонда, попечительский совет фонда, правление фонда) | Пациента:   * фамилия, имя, отчество; * дата рождения; * реквизиты свидетельства о рождении/реквизиты документа, удостоверяющего личность; * адрес места регистрации и фактического проживания; * СНИЛС; * данные страхового полиса; * адрес регистрации и адрес места проживания; * сведения 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.) * биографические данные; * подпись   Представителя:   * фамилия, имя, отчество; * реквизиты документа, удостоверяющего личность; * СНИЛС; * номер контактного телефона; * адрес электронной почты; * адрес регистрации и адрес места проживания; * биографические данные; * подпись |  |
|  | 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 | Пациента:   * фамилия, имя, отчество; * дата рождения; * реквизиты свидетельства о рождении/реквизиты документа, удостоверяющего личность; * адрес места регистрации и фактического проживания; * СНИЛС; * данные страхового полиса; * адрес регистрации и адрес места проживания; * сведения 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.) * биографические данные; * подпись   Представителя:   * фамилия, имя, отчество; * реквизиты документа, удостоверяющего личность; * СНИЛС; * номер контактного телефона; * адрес электронной почты; * адрес регистрации и адрес места проживания; * биографические данные; * подпись |  |
|  | ФКУ «Федеральный центр планирования и организации лекарственного обеспечения» (109044 Москва, ул. Воронцовская д.6 стр.1) | Пациента:   * фамилия, имя, отчество; * дата рождения; * реквизиты свидетельства о рождении/реквизиты документа, удостоверяющего личность; * адрес места регистрации и фактического проживания; * СНИЛС; * данные страхового полиса; * адрес регистрации и адрес места проживания; * сведения 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.) * биографические данные; * подпись   Представителя:   * фамилия, имя, отчество; * реквизиты документа, удостоверяющего личность; * СНИЛС; * номер контактного телефона; * адрес электронной почты; * адрес регистрации и адрес места проживания; * биографические данные; * подпись |  |
|  | Органы исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья. | Пациента:   * фамилия, имя, отчество; * дата рождения; * реквизиты свидетельства о рождении/реквизиты документа, удостоверяющего личность; * адрес места регистрации и фактического проживания; * СНИЛС; * данные страхового полиса; * адрес регистрации и адрес места проживания; * сведения 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.) * биографические данные; * подпись   Представителя:   * фамилия, имя, отчество; * реквизиты документа, удостоверяющего личность; * СНИЛС; * номер контактного телефона; * адрес электронной почты; * адрес регистрации и адрес места проживания; * биографические данные; * подпись |  |
|  | Медицинские организации субъекта Российской Федерации, оказывающие медицинскую помощь Пациенту | Пациента:   * фамилия, имя, отчество; * дата рождения; * реквизиты свидетельства о рождении/реквизиты документа, удостоверяющего личность; * адрес места регистрации и фактического проживания; * СНИЛС; * данные страхового полиса; * адрес регистрации и адрес места проживания; * сведения 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.) * биографические данные; * подпись   Представителя:   * фамилия, имя, отчество; * реквизиты документа, удостоверяющего личность; * СНИЛС; * номер контактного телефона; * адрес электронной почты; * адрес регистрации и адрес места проживания; * биографические данные; * подпись |  |
|  | Организации, участвующие 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 таможенные представители, транспортные компании, зарубежные поставщики, а также организации, осуществляющие цели заключения и исполнения договоров поставки | Пациента:   * сведения 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.)   Представителя:   * фамилия, имя, отчество; * номер контактного телефона; * адрес электронной почты; * адрес регистрации и адрес места проживания; |  |

1. Более подробные сведения о целях передачи персональных данных и составу передаваемых данных приведены в Приложении к настоящему Согласию [↑](#footnote-ref-1)
2. ч..2 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»: «Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 настоящего Федерального закона». Настоящее согласие может быть отозвано посредством направления письменного отзыва в произвольной форме на имя Председателя правления Фонда либо вручено лично представителю администрации Фонда по адресу: 101000, г. Москва, ул. Маросейка, д.7/8, стр. 1, либо отправлено по адресу электронной почты office@kd-fund.ru [↑](#footnote-ref-2)