­

СОГЛАСИЕ   
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

(*ФИО)*

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(серия, номер) (когда и кем выдан)*\_\_\_,

адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

номер телефона:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие Федеральному фонду обязательного медицинского страхования, находящемуся по адресу г. Москва, Муниципальный округ Тверской, ул. Новослободская, д 37, к.4А, Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Челябинской области, находящемуся по адресу г. Челябинск, ул. Труда, д. 156, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, дату рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, страховой номер индивидуального лицевого счета принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика эксперта в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе (ИНН), реквизиты документа о высшем медицинском образовании, сведения о наличии ученой степени доктора медицинских наук и (или) кандидата медицинских наук, реквизиты свидетельства о подготовке по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, сведения о профессиональной деятельности, номер (номера) контактных телефонов и адрес электронной почты, сведения о рекомендации (рекомендациях), сертификат или свидетельство об аккредитации, в целях осуществления действий по подключению и работе в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования.

Предоставляю Федеральному фонду обязательного медицинского страхования, Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Челябинской области право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

В случае участия меня в качестве одной из сторон соглашений (договоров) персональные данные, в объеме, предусмотренном настоящим Согласием, разрешаю использовать в качестве общедоступных в целях обработки в составе государственной информационной системы обязательного медицинского страхования.

Срок действия настоящего согласия – период времени до истечения установленных нормативными актами сроков хранения соответствующей информации или документов, размещенных в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования с использованием моей электронной подписи.

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано в порядке, установленном Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». В случае отзыва согласия на обработку моих персональных данных Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области вправе не прекращать их обработку до окончания срока действия настоящего согласия.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

 "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/