

СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

БФ Марины Силковой
119330, г. Москва,
Мичуринский пр-т, 6-2-47

г. Москва

« ____ » _____ 2016 г.

Я _____

(Фамилия, Имя, отчество)

паспорт серии _____ номер _____, кем выдан _____

дата выдачи _____, зарегистрирован _____

(далее – Пациент),

Или

(Фамилия, Имя, Отчество родителя или опекуна)

паспорт серии _____ номер _____, кем выдан _____

дата выдачи _____, зарегистрирован _____

(далее - Законный представитель)

(Фамилия, Имя, Отчество ребенка)

Свидетельство о рождении/паспорт серии _____ номер _____ кем выдан (о) _____

дата выдачи _____

зарегистрирован _____

(далее – Пациент) настоящим даю БФ Марины Силковой (далее – «Фонд») свое согласие на обработку персональных данных Пациента в порядке и на условиях, изложенных в настоящем согласии.

1. Перечень персональных данных Пациента, на обработку которых дается согласие:

- Фамилия, имя, отчество.
- Адрес регистрации и фактического проживания.
- Место рождения, дата, месяц и год рождения.
- Диагноз, состояние здоровья, иная медицинская информация, содержащаяся в документах, предоставленных в Фонд.
- Гражданство.
- Данные свидетельства о рождении/паспорта
- Фотографии.
- Иная информация, содержащаяся в документах, предоставленных Пациентом или его представителями в Фонд (далее – «Персональные данные»).

2. Обработка Персональных данных Фондом будет осуществляться в целях:

- Осуществления благотворительной деятельности, направленной на оказание материальной и иной поддержки Пациента и его семьи, в том числе при обработке обращения о предоставлении помощи для принятия решения о заключении договора

пожертвования, финансирований операций, закупке и предоставлении медицинского оборудования и лекарственных средств и предоставлений иной благотворительной помощи Пациенту.

- Организации сбора пожертвований от физических и юридических лиц для финансирования операций, закупки и предоставления медицинского оборудования и лекарственных средств и предоставлений иной благотворительной помощи Пациенту.
- Координации оказания медицинской помощи с лечебными учреждениями и иными третьими лицами, указанными ниже.
- Составления и распространения отчетов об использовании пожертвований, а также для документооборота Фонда.

3. Фонд вправе обрабатывать Персональные данные Пациента любыми способами, как это необходимо, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. В процессе обработки Фонд имеет право передавать Персональные данные третьим лицам, если это необходимо для достижения целей их обработки Настоящим подтверждается согласие на трансграничную передачу Персональных данных Пациента, в том числе на территорию иностранных государств, не обеспечивающих адекватной защиты прав субъектов Персональных данных.

4. Фонд вправе получать напрямую, без моего дополнительного письменного согласия, документальные сведения (медицинские заключения, выписные и иные эпикризы) из любого медицинского учреждения, где фондом была оказана благотворительная помощь мне/моему ребенку, о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего или моего ребенка здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении меня/моего ребенка, составляющие врачебную тайну.

5. Фонд будет осуществлять обработку Персональных данных с использованием средств автоматизации, а также без использования таких средств.

6. Настоящее согласие на обработку Персональных данных Пациента действует в течение 50 (Пятидесяти) лет с даты его предоставления, а также впоследствии в течение срока, необходимого для целей соблюдения применимого законодательства.

7. Настоящее согласие действует со дня его подписания и отзыву не подлежит.

(Фамилия, Имя, Отчество Пациента или Законного представителя)

(Подпись)