Приложение № 5

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: 127051, Москва, пер. Рахмановский, д.3, стр. 1
Тел 8-800-201-62-26, E-mail: office@kd-fund.ru

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных, а также на фото и видеосъемку

Я,_____

(Ф.И.О.)

(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 (**нужное отметить**):

1. В отношении Представителя:

- ☐ фамилия, имя и отчество,
- ☐ возраст и дата рождения,
- ☐ паспортные данные,
- ☐ номер домашнего и мобильного телефонов,
- ☐ адрес электронной почты,
- ☐ адрес регистрации и адрес места проживания,
- ☐ изображения и видеозаписи,
- ☐ биографические данные

2. 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»**).

3. 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.

4. 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, экспертам, членам органов (совет фонда, экспертный совет, попечительский совет, правление) Фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра».

3) Сотрудникам Федерального казённого учреждения «Федеральный центр планирования и организации лекарственного обеспечения» (далее – ФКУ «Федеральный центр планирования и организации лекарственного обеспечения»)

4) Сотрудникам Региональных Органов Управления Здравоохранением Российской Федерации (ОУЗ РФ).

5) Сотрудникам медицинской организации субъекта Российской Федерации, оказывающей медицинскую помощь данному Ребенку.

Я согласен с тем, что обработка Персональных данных Представителя и Персональных данных Ребенка (если применимо) будет осуществляться Организацией, Минздравом РФ, ФКУ «Федеральный центр планирования и организации лекарственного обеспечения», ОУЗ РФ, экспертами фонда, членами совета фонда, членами экспертного совета, членами попечительского совета, членами правление Фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра» 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

5. Я подтверждаю, что обработка моих Персональных данных и Персональных данных Ребенка осуществляется с согласия моего и Ребенка и в наших интересах.
6. 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).
7. 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: 127051, Москва, пер. Рахмановский, д.3, стр. 1, либо отправлено по адресу электронной почты office@kd-fund.ru.

ФИО Ребенка	
Серия и номер свидетельства о рождении	
Адрес проживания	
Адрес регистрации	
ФИО Представителя	
Серия и номер паспорта, кем и когда выдан, код подразделения	
Адрес проживания	
Адрес регистрации	
Мобильный телефон	
Электронная почта	
Законный представитель (мать, отец, опекун, др.)	
Документ подтверждающий полномочия законного представителя	

Подпись Представителя _____ (_____) Дата: _____ . _____ .20