**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Настоящим я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

свободно, своей волей и в своем интересе даю Межрегиональной общественной организации содействия помощи пациентам с нейрофиброматозом «22/17» (далее МРОО “22/17”), зарегистрированной по адресу: Россия, 105043 Москва, ул. 3-я Парковая, д. 29А, офис 4, кабинет 208, согласие на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных:

* ФИО
* дата и место рождения
* город проживания
* гражданство
* возраст
* данные, подтверждающие наличие поставленного диагноза
* адрес электронной почты
* контактный телефон
* наименование диагноза, тип нейрофиброматоза
* сведения о дате постановке диагноза
* наименование учреждения, поставившего диагноз
* ФИО лечащего врача и наименование медицинского учреждения, в котором работает лечащий врач
* наличие членов семьи с аналогичным диагнозом
* сведения о проводимой диагностике
* наличие анализа ДНК и персональные данные в составе сведений, содержащихся в ДНК-анализе
* возраст начала заболевания
* сведения о состоянии здоровья
* сведения об участии в клинических испытаниях
* сведения о наименовании и продолжительности принятия препаратов
* сведения о проводимой терапии (принимаемые лекарственные препараты, проводимые процедуры, реабилитация, особенности ухода)
* наименование оборудования, используемого для жизнеобеспечения и повседневного ухода
* сведения о фондах, помогающих мне как пациенту

Указанные данные предоставляются мною для целей ведения МРОО «22/17» регистрации и учета физических лиц с нейрофиброматозом, формирования и ведения реестра (базы данных) пациентов с нейрофиброматозом в России; содействия улучшению качества медицинской помощи и совершенствованию имеющихся методов лечения пациентов с нейрофиброматозом; содействия в оказании информационной, социальной, психологической и юридической помощи; повышения осведомленности о нейрофиброматозе и потребностях пациентов с этим заболеванием в обществе; содействия в получении государственной поддержки.

Я даю согласие на совершение любых действий с указанными персональными данными при условии, что они осуществляются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, Политикой обработки персональных данных и другими локальными нормативными актами МРОО «22/17».

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных, то есть в течение всего срока существования реестра пациентов. Мне известно, что я могу в любой момент отозвать настоящее согласие, направив письменный запрос в МРОО «22/17», либо через электронную форму отзыва согласия, доступную в личном кабинете реестра пациентов с нейрофиброматозом.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)