**Согласие**на передачу персональных данных

г. Москва « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ года

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

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. кем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь субъектом персональных данных, своей волей и в своем интересе в соответствии с Законом «О персональных данных» от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ, предоставляю оператору – (наименование медицинской организации), расположенной по адресу: г. Москва (адрес медицинской организации), бессрочное право на передачу третьим лицам для любых целей моих персональных данных, полученных в соответствии с пунктом 2 статьи 22 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ, и осуществляемых оператором во исполнение законодательства, регулирующего деятельность юридических лиц, в том числе передачу моих персональных данных, в том числе фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессию, другую информацию, а также сведений, составляющих врачебную тайну (информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания, сведения, содержащиеся в истории болезни, иные сведения, полученные при обследовании и лечении):

1. В Московский городской фонд обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, Департамент здравоохранения г. Москвы, префектуру ЗАО г. Москвы, военкоматы Москвы и Московской области, территориальные органы ФНС России, ГУ МРО ФСС России, наркоконтроля ФС РФ, ОУФМС, органы государственной власти, а также любым организациям системы здравоохранения.

2. Любым лицам в рамках работы справочной службы больницы в части информации о фамилии, имени, отчестве, годе, месяце, дате и месте рождения, факте обращения за медицинской помощью, пребывания на лечении в больнице, общем состоянии, температуре тела.

3. Работодателю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

супруге \_\_\_\_\_\_\_\_, детям \_\_\_\_\_\_\_\_, родителям \_\_\_\_\_\_\_\_\_, братьям (сестрам) \_\_\_\_\_\_, иным лицам \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4. При чрезвычайных ситуациях, имеющих общественный резонанс, средствам массовой информации, всем органам государственной власти и органам местного самоуправления, социальным службам, иным лицам по запросам.

5. Иным лицам прошу мои персональные данные, а также информацию, составляющую врачебную тайну, не передавать.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(подпись)