

Согласие на обработку персональных данных

Я, ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

(фамилия, имя, отчество (при наличии) - полностью)

адрес регистрации по месту жительства

СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ. г. ЕКАТЕРИНБУРГ ул. ЛЕНИНА д.1 кв.1
паспорт серия 00 00, номер 000 000, выдан 01.01.2000 г. ОБД России
в г. ЕКАТЕРИНБУРГ код подразделения 000-000

дата выдачи 01.01.2000 г., даю согласие на обработку моих персональных данных оператору Федерального регистра доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, донорского костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, реципиентов костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток – ФГБУ «ЦСП» ФМБА России, 119121, Москва, Погодинская д. 10, с1, info@cspfmba.ru, <http://www.cspfmba.ru>, телефон 8-800-550-29-77 (далее – Оператор, Федеральный регистр).

Цель обработки персональных данных: реализация целей донорства костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток.

Перечень персональных данных, включая сведения, составляющие врачебную тайну, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество (при наличии), а также фамилия, которая была при рождении и информация обо всех случаях изменения фамилии и (или) имени на протяжении жизни, дата рождения, место рождения, паспортные данные, адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), пол, результаты HLA-типирования, сведения о перенесенных заболеваниях, результаты медицинского обследования, сведения о состоянии здоровья, сведения, сообщенные в анкете донора костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, вес, рост, контактная информация (телефон, электронная почта), сведения, содержащиеся в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство.

Перечень действий с персональными данными, включая сведения, составляющие врачебную тайну, на совершение которых дается согласие: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, анализ, поиск по персональным данным для целей установления совместимости HLA-фенотипа донора и пациента, в том числе с использованием или без использования автоматизированных средств.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных на неопределенный срок.

Способ отзыва настоящего согласия на обработку персональных данных: направление заявления в письменной форме оператору Федерального регистра по юридическому адресу оператора.

В соответствии с согласием на обработку персональных данных предоставляю персональные данные:

Фамилия, а также фамилия, которая была при рождении и информация обо всех случаях изменения фамилии и (или) имени на протяжении жизни	ИВАНОВ	
Имя	ИВАН	
Отчество (при наличии)	ИВАНОВИЧ	
СНИЛС	000-000-00000	
Дата рождения	01.01.2000 г.	
Место рождения	г. ЕКАТЕРИНБУРГ	
Пол	<input checked="" type="radio"/> М	<input type="radio"/> Ж
Вес, кг	70	
Рост, см	178	
Адрес регистрации по месту жительства:	СВЕРДЛ. ОБЛ. г. ЕКАТЕРИНБУРГ ул. ЛЕНИНА д.1 кв.1	
Адрес фактического проживания:	СВЕРДЛ. ОБЛ. г. ЕКАТЕРИНБУРГ ул. ЯСНАЯ д.1 кв.2	
Телефон:	домашний	
	рабочий	
	мобильный	+7 922 000 00 00
Электронная почта	IVANOV@MAIL.RU	

Важно: В случае изменения персональных данных необходимо проинформировать об изменениях любым доступным методом сотрудников оператора (ФГБУ «ЦСП» ФМБА России, 119121, Москва, Погодинская д. 10, с1, info@cspfmba.ru, <http://www.cspfmba.ru>, телефон 8-800-550-29-77)

Иванов / ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

01.01.2000
(дата)

←
ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ