|  |
| --- |
| **СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данныхзарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вид документа, серия, № документа, когда и кем выданномер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_даю согласие на обработку моих персональных данных как эксперта качества медицинской помощи в сфере ОМС Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Забайкальского края, находящемуся по адресу г. Чита, ул. Бутина, 21.Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие[[1]](#footnote-1):1. Паспортные данные;
2. СНИЛС;
3. ИНН;
4. Данные по профессиональной подготовке;
5. Данные о повышении квалификации;
6. Данные о профессиональной переподготовке;
7. Данные об ученых степенях;
8. Сведения о профессиональной деятельности;
9. Сведения о рекомендациях;
10. Банковские реквизиты;
11. Контактные телефоны;
12. Адрес электронной почты.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки:1. Получение персональных данных у субъекта персональных данных;
2. Хранение персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);
3. Уточнение (обновление, изменение) персональных данных;
4. Использование персональных данных ТФОМС Забайкальского края в связи с заключением государственных контрактов на возмездное оказание услуг по проведению экспертизы качества медицинской помощи;
5. Передача персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном законодательством РФ.
6. Размещение сведений об эксперте на официальном интернет-сайте ТФОМС Забайкальского края [https://zabtfoms.ru/](http://zabtfoms.ru/) в соответствии с законодательством РФ.

Настоящие согласие дается на срок включения в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи по Забайкальскому краю.Порядок отзыва настоящего согласия ***по личному заявлению субъекта персональных данных***. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись расшифровка подписи  « » 202\_ года |

1. Для обработки персональных данных, содержащихся в согласии в письменной форме субъекта на обработку его персональных данных, дополнительное согласие не требуется. [↑](#footnote-ref-1)