|  |
| --- |
| **СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных  зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  вид документа, серия, № документа, когда и кем выдан  номер 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)