**СОГЛАСИЕ   
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

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

(*ФИО)*

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(серия, номер) (когда и кем выдан)*

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

адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие Федеральному фонду обязательного медицинского страхования, находящемуся по адресу г. Москва, Муниципальный округ Тверской, ул. Новослободская, д 37, к.4А, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, дату рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, страховой номер индивидуального лицевого счета принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика эксперта в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе (ИНН), реквизиты документа о высшем медицинском образовании, сведения о наличии ученой степени доктора медицинских наук и (или) кандидата медицинских наук, реквизиты свидетельства о подготовке по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, сведения о профессиональной деятельности, номер (номера) контактных телефонов и адрес электронной почты, сведения о рекомендации (рекомендациях), сертификат или свидетельство об аккредитации, в целях осуществления действий по подключению и работе в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования.

Предоставляю Федеральному фонду обязательного медицинского страхования право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

В случае участия меня в качестве одной из сторон соглашений (договоров) персональные данные, в объеме, предусмотренном настоящим Согласием, разрешаю использовать в качестве общедоступных в целях обработки в составе государственной информационной системы обязательного медицинского страхования.

Срок действия настоящего согласия – период времени до истечения установленных нормативными актами сроков хранения соответствующей информации или документов, размещенных в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования с использованием моей электронной подписи.

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано в порядке, установленном Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». В случае отзыва согласия на обработку моих персональных данных Федеральный фонд обязательного медицинского страхования вправе не прекращать их обработку до окончания срока действия настоящего согласия.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*Подпись Расшифровка подписи*