**АНКЕТА**

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол: муж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_жен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гражданство: РФ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ иностранный гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Если пациенту менее 18 лет, необходимо указать телефон и почту представителя пациента, а также его: фамилию, имя, отчество законного представителя

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я даю своё согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с указанными ниже Условиями, согласно [Политике в отношении обработки персональных данных в ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России](https://meshalkin.ru/politika-v-otnoshenii-obrabotki-personalnykh-dannykh).

*Условия*: Своей волей и в своем интересе я даю согласие на обработку, в т.ч. на сбор, систематизацию, накопление, хранение (уточнение, изменение, обновление), использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, которые в зависимости от документа (анкета, заявление и др.) включают, но не ограничиваются следующими ПД: ФИО, дата рождения, пол, паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан), адрес регистрации или пребывания (фактический адрес проживания), номер контактного телефона, адрес электронной почты, клинике кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, с целью предоставления мне услуг (продуктов).

Я согласен/на, что мои персональные данные будут обрабатываться способами, соответствующими целям обработки персональных данных, в т.ч. с использованием средств автоматизации и без использования таких средств.

А также я согласен/на с тем, что согласие, данное мной и направленное, в т.ч. электронной почтой, является полностью отвечающим требованиям законодательства и позволяющим полностью подтвердить факт его получения клиникой кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в любой момент путем направления мной соответствующего письменного обращения по адресу: 675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Горького , 97 – с пометкой «Отзыв персональных данных».

Я хочу получать от клиники кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России по электронным каналам связи, в том числе через мобильный телефон, электронную почту информацию о новых методах лечения, современных рекомендациях по здоровому образу жизни, рекламных акциях, услугах, скидках, предоставляемых Центром

Подпись пациента Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_