

**Согласие донора  
на обработку персональных данных, включая специальные категории  
персональных данных и биометрические персональные данные**

Я, \_\_\_\_\_,

дата рождения \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выданный

\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года,

Проживающий (ая) по адресу:

адрес регистрации:

телефон \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (далее - Субъект),

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (с последующими изменениями), предоставляю Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Пензенский областной клинический центр крови» (далее - Оператор), расположенному по адресу: г. Пенза, ул. Клары Цеткин, 41А, свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество (при наличии); место и дату рождения; регистрацию по месту жительства; адрес проживания (фактический); телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный); адрес электронной почты; паспортные данные (серия, номер паспорта, кем и когда выдан); сведения о трудовой деятельности (место работы или учебное заведение, должность), а также даю согласие на получение мной информации по имеющимся каналам связи, в том числе на передачу соответствующей информации лицам, привлекаемым к исполнению указанных действий. На основании данного согласия субъект предоставляет оператору право обработки персональных данных, перечень которых приведен в п. 3, право на передачу субъекту приглашений, информации об услугах, акциях оператора, уникального кода доступа для входа в личный кабинет на официальном сайте службы крови РФ yadonor.ru.

**1. Наименование и Адрес оператора:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенский областной клинический центр крови» - г. Пенза, ул. Кл. Цеткин, 41 А.

**2. Цель обработки персональных данных:**

Персональные данные субъекта обрабатываются в целях осуществления деятельности по заготовке, переработке и хранению донорской крови и ее компонентов.

**3. Перечень обрабатываемых персональных данных включает в себя следующие элементы:**

Фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес регистрации и проживания, паспортные данные, контактный телефон, место работы, должность, семейное положение, образование, данные о страховании в страховой компании, реквизиты полиса ОМС, ДМС, ИНН, страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), фотография, дактилоскопия, данные о льготных категориях, данные об общем анализе крови, группе крови, резус-, Kell - принадлежности, фенотипе по системе резус, маркерах гемотрансмиссивных инфекций, аллоантителах, активности фермента АЛТ, концентрации в сыворотке крови общего белка, альбумина, белковых фракций, сведения о донациях крови и ее компонентов, витальная информация (состояние здоровья, заболевания, принимаемые препараты, аллергия, и другая медицинская информация).

**4. Перечень действий с персональными данными:**

Субъект дает Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в единую базу данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее

компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов на основании Федерального закона от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов», включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных, деятельность по заготовке, переработке и хранению донорской крови и ее компонентов.

Оператор имеет право на передачу Субъекту информации о приглашении, услугах, акциях оператора в виде смс-сообщений и по имеющимся каналам связи, в том числе на передачу соответствующей информации лицам и организациям, привлекаемым к исполнению указанных действий.

Оператор также имеет право на обмен (прием и передачу) персональных данных с другими медицинскими организациями Пензенской области, а также с лечебно-профилактическими учреждениями Пензенской области по запросам руководителей этих ЛПУ по электронным и иным каналам связи, а также с использованием электронных, бумажных и иных носителей информации.

Оператор обязуется проводить все вышеуказанные действия с персональными данными с соблюдением мер, обеспечивающих требования Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» (с последующими изменениями) и Постановления Правительства РФ № 687 от 15.09.2008 г. «Об утверждении положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации».

**5. Срок действия, в течение которого действует согласие:**

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

**6. Последствия отказа от согласия на обработку персональных данных.**

В случае отказа (отзыва согласия) субъекта на обработку персональных данных Оператор отказывает субъекту в осуществлении донором донорской функции.

**7. Я подтверждаю, что все указанные в настоящей анкете данные верны, подтверждаю что указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящей анкете в полном объеме.**

Я ознакомлен с моими правами и обязанностями в этой области.

Дата	Подпись Субъекта персональных данных	Ф. И. О. Субъекта персональных данных

**Заполняется ответственным сотрудником ГБУЗ «ПОКЦК»:**

личность лица, указанного выше, мной проверена. Подпись поставлена в моем присутствии.

---

(подпись)

(Ф.И.О. сотрудника и должность)