**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата рождения лица)

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

(наименование основного документа, удостоверяющего личность, и его реквизиты)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в порядке и на условиях, определенных Федеральным законом от 27.07.2006  
№ 152-ФЗ «О персональных данных», даю Министерству здравоохранению Республики Мордовия расположенному по адресу: г. Саранск, ул. Коммунистическая, д.33/2 (далее - оператор), согласие на обработку персональных данных, указанных в анкете «Виртуальная приемная», размещенной на официальном сайте Министерства здравоохранения Республики Мордовия в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» http://minzdravrm.ru с целью проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, подведомственными Министерству здравоохранения Республики Мордовия.

Я предоставляю оператору право осуществлять следующие действия с моими персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, передача персональных данных по запросам органов государственной власти Республики Мордовия в рамках их полномочий с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, размещение их на официальном сайте исполнительного органа власти в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и (или) на странице исполнительного органа власти, размещенной на официальном интернет-сайте исполнительных органов государственной власти Республики Мордовия. Оператор вправе осуществлять смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими представление отчетных данных (документов).

Срок действия настоящего согласия ограничен сроком хранения писем, заявлений, жалоб граждан по оказанию медицинской помощи и документов по их рассмотрению, утвержденной номенклатурой дел Министерства здравоохранения Республики Мордовия – 5 лет.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее 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 уполномоченному представителю оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан уничтожить мои персональные данные, но не ранее срока, необходимого для достижения целей обработки моих персональных данных.

Я ознакомлен(а) с правами субъекта персональных данных, предусмотренными главой 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)