Приложение 1
Форма
УТВЕРЖДЕНА
приказом ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России
от 08.08.2025г. № 210

Согласие на обработку персональных и биометрических персональных данных

Я,_____,
(ФИО пациента- полностью, разборчиво)

паспорт _____выдан_____,
(серия, номер) *(кем и когда)*

проживающий(ая) по адресу_____
в лице моего представителя (если есть) , проживающий(ая) по адресу:
_____
действующий(ая) на основании _____
(документ.подтверждающий полномочия представителя и его реквизиты)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных и биометрических персональных данных Ростовской клинической больнице Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России), ОГРН 1026104148157 , ИНН 6167063344 юридический адрес: Российская Федерация 344019. г. Ростов-на-Дону, ул. 1-я Линия, д.6 (далее - «Оператор персональных данных»), своей волей и в своем интересе на указанных ниже условиях:

1. Целью обработки персональных и биометрических персональных данных (фото) является оказание медицинских услуг, установление диагноза, получение персональной карты пациента, содержащую мои персональные данные.
2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; адрес регистрации и фактического проживания; название и адрес места работы/учебного заведения; должность (профессия); социальное положение; семейное положение и сведения о членах семьи; паспортные данные (или иного документа удостоверяющего личность): серия, номер, кем выдан, дата выдачи; контактный номер телефона; рабочий телефон; реквизиты полиса ОМС, ДМС; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); данные о состоянии моего (пациента) здоровья (в том числе группа здоровья, группа инвалидности), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях; в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также для организации внутреннего учета Оператора; сведения данных медицинского обследования, фотографии, видеозаписи с медицинской аппаратуры и прочих медицинских видео и графических изображений; для несовершеннолетних: фамилия, имя, отчество, адрес и гражданство опекуна/законного представителя, данные свидетельства о рождении; адрес электронной почты; биометрические данные: фотография.

Я даю согласие на получение от РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России рассылки информации справочного характера об оказываемых услугах следующим способом:
E-mail:_____; тел(звонок/смс-оповещение): _____.

3. Согласие дается на следующие действия (операции) с персональными и биометрическими данными: обработка, автоматизированная и неавтоматизированная, вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной обработки персональных данных (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменения использования, распространение), передачу с целью формирования электронного талона в информационно аналитических системах Минздрава России (подсистеме мониторинга реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи/системе мониторинга специализированной медицинской

помощи/системе мониторинга санаторно-курортного лечения), обработку данных посредством единой государственной информационной системы, подсистемы ТМК; информационной системы «Телемедицинская система дистанционных консультаций федерального и регионального уровней» ФТМС иным медицинским учреждениям, которым РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России будут направлены медицинские документы и мои персональные данные в целях оказания медицинской помощи - телемедицины, а также в страховые медицинские организации, ФФОМС, Территориальный фонд ОМС, ДМС организации, иные организации, в рамках действия хозрасчетного договора с использованием электронных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

В процессе оказания мне Оператором персональных данных медицинской помощи я предоставляю права медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора персональных данных, в интересах моего обследования и лечения.

4. Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом: персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара и поликлиники. Персональные данные уничтожаются по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных (оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи).

Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п. 1 ст. 14 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»).

Подтверждаю, что в соответствии с п.1 ч.4 ст.18 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» лица, сопровождающие меня или представляющие мои интересы, будут уведомлены мной об осуществлении обработки их нижеперечисленных персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения; номер контактного телефона; контактный адрес электронной почты; фактический адрес действительного места; наименование, серия и номер действующего документа, удостоверяющего личность.
Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне разъяснён.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ (ред. от 05.04.2013) «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

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.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до дня его отзыва.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного заявления об отзыве Согласия на обработку персональных данных. Я проинформирован(а), что в случае отзыва мною данного Согласия, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, установленных действующим законодательством РФ.

_____	_____	_____
(подпись субъекта персональных данных)	*(законного представителя субъекта персональных данных)*	*(дата)*

Приложение 2
Форма
УТВЕРЖДЕНА
приказом ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России
от 07.07.2025г. № 210

Согласие на обработку персональных данных пациента/законного представителя в целях рассмотрения подкомиссией врачебной комиссии «Комиссия по отбору пациентов на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента – полностью, разборчиво)

Паспорт_____выдан_____«____»_____г.,
серия, номер *кем выдан* *дата выдачи*

Адрес по месту регистрации/проживания:_____
** раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:*

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента – полностью, разборчиво)

Паспорт_____выдан_____«____»_____г.,
серия, номер *кем выдан* *дата выдачи*

Адрес по месту регистрации/проживания:_____
являюсь законным представителем пациента (родители, опекуны/попечители; усыновители – нужное подчеркнуть): _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, разборчиво с указанием даты рождения)

в соответствии с требованиями статей 9, 10 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», даю согласие на обработку персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации Ростовской клинической больнице Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России), юридический адрес: Российская Федерация, 344019, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул.1-я линия, 6, (ИНН 6167063344, ОГРН 1026104148157) (далее — Оператор) моих (пациента) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; пол; число, месяц, год рождения; адрес проживания; контактный номер телефона; адрес электронной почты; паспортные данные; реквизиты полиса ОМС (ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); данные о состоянии моего (пациента) здоровья; заболеваниях; случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, в целях рассмотрения документов подкомиссией врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и получения выписки из протокола решения,

Я даю согласие на получение от РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России рассылки информации справочного характера следующим способом:

E-mail:_____тел(звонок/смс-оповещение):_____

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. Срок действия согласия с момента подписания согласия в течение 30 дней после достижения цели обработки персональных данных, если иное не предусмотрено законом.

_____ _____ _____
(подпись субъекта персональных данных) *(законного представителя субъекта персональных данных)* *(дата)*

Приложение 3
Форма
УТВЕРЖДЕНА
приказом ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России
от 08.08.2025 г. № 210

Согласие на обработку персональных данных, разрешенных для распространения

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента – полностью, разборчиво)

Адрес по месту регистрации/проживания:_____
Номер телефона:_____;
** раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:*

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента – полностью, разборчиво)

Адрес по месту регистрации/проживания:_____
Номер телефона:_____;
Действующий от имени субъекта персональных данных на основании

_____
(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии со статьей 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и с пунктом 1 статьи 152.1 Гражданского кодекса РФ, даю согласие Ростовской клинической больнице Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России), юридический адрес: Российская Федерация, 344019, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул.1-я линия, д. 6, (ИНН 6167063344, ОГРН 1026104148157) (далее — Оператор) на проведение фото- и видеосъёмки на безвозмездной основе, использование моего (представляемого пациента) изображения и видеозаписей, на которых я (представляемый пациент) запечатлён(а), в целях создания полиграфической продукции (включая иллюстрации для статей в профессиональных изданиях и специализированной литературе), размещения на информационных стендах в помещениях Оператора и в рекламных материалах, а также распространения в информационных ресурсах в сети Интернет Оператора (https://www.umedcentr.ru/, https://vodnik61.ru/, https://t.me/uomcfmbarus, https://t.me/bolnicavodnikov, https://vk.com/club211695527,
https://ok.ru/r.klinicheskayabolnitsa, https://rutube.ru/channel/23609621/,
https://dzen.ru/id/5ec26d200bc6f5686b2ee23d?share_to=link,).
Категории и перечень моих персональных данных, на обработку в форме распространения которых я даю согласие ч. 9 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»:

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешаю к распространению (да/нет)	Разрешаю к распространению неограниченному кругу лиц да/нет	Условия и запреты
Общие	Ф.И.О			
	год рождения			
	месяц рождения			
	дата рождения			
Биометрические	Цифровое фотографическое изображение лица			
	Видеозаписи объекта			

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных (ч. 9 ст.

10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных») (нужное отметить):

Не устанавливаю ☐

Устанавливаю ☐

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. Срок действия согласия с момента подписания согласия в течение 30 дней после достижения цели обработки персональных данных, если иное не предусмотрено законом.

(подпись субъекта персональных данных)	*(законного представителя субъекта персональных данных)*	*(дата)*

Приложение 4
Форма
УТВЕРЖДЕНА
приказом ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России
от 08.08.2025г. № 210

Согласие посетителя сайта на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие Ростовской клинической больнице Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России), юридический адрес: Российская Федерация, 344019, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул.1-я линия, д. 6, (ИНН 6167063344, ОГРН 1026104148157) (далее — Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в целях оказания услуг посредством личного кабинета на официальных сайтах Оператора (https://www.umedcentr.ru/, https://vodnik61.ru/), для определения даты и времени посещения центра с консультативно-диагностической целью, с целью направления анкеты для приема на работу следующих персональных данных: фамилию, имя, отчество, дату рождения, семейное положение, состав семьи, адрес электронной почты, номер телефона, адрес регистрации, адрес проживания, сведения об образовании, СНИЛС, реквизиты документа удостоверяющего личность, страховой полис.

Посещая сайты https://www.umedcentr.ru/, https://vodnik61.ru/ в сети Интернет, совершая просмотр размещенной на сайтах информации, заполняя размещенные на сайте формы, проставляя галочки-согласия посетитель сайта, действуя свободно, своей волей и в своем интересе, выражаю согласие Оператору в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Цель обработки персональных данных – продвижение товаров и услуг Оператора на рынке, заключение и исполнение гражданско-правовых договоров (выбор субъектом персональных данных услуги, оставление заявки, направление информационных сообщений по услуге), осуществление рекламных рассылок.

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. Срок действия согласия с момента подписания согласия в течение 30 дней после достижения цели обработки персональных данных, если иное не предусмотрено законом.

Приложение 5
Форма
УТВЕРЖДЕНА
приказом ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России
от 08.08.2025 г. № 210

Согласие на обработку персональных данных работников

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью, разборчиво)

Паспорт_____выдан_____«____»_____г.
серия, номер *кем выдан* *дата выдачи*

Адрес по месту регистрации/проживания:_____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных Федеральному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России), юридический адрес: Российская Федерация, 344019, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул.1-я линия, д. 6, (ИНН 6167063344, ОГРН 1026104148157) и «Ростовской клинической больнице» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России), юридический адрес: Российская Федерация, 344019, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул.1-я линия, д. 6, (ИНН 6167063344, ОГРН 1026104148157), (далее — Операторы) с использованием и без использования средств автоматизации.

Перечень действий с моими персональными данными, на совершение которых дается согласие, полученными в целях: обеспечение соблюдения требований законодательства Российской Федерации; оформление и регулирование трудовых отношений; отражение информации в кадровых документах; начисление заработной платы; исчисление и уплата налоговых платежей, предусмотренных законодательством Российской Федерации, включает сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных на бумажных носителях и в электронном виде, а также для общедоступной информации.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество; год, месяц, дата и место рождения; реквизиты документа, удостоверяющего личность; идентификационный номер налогоплательщика, дата постановки его на учет, реквизиты свидетельства постановки на учет в налоговом органе; номер свидетельства обязательного пенсионного страхования, дата регистрации в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования; адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства и (или) по месту пребывания; почтовый и электронный адреса; номера телефонов; сведения об образовании, профессии, специальности и квалификации, реквизиты документов об образовании; сведения о семейном положении и составе семьи; смена имени; сведения об имущественном положении, доходах, задолженности; сведения о занимаемых ранее должностях и стаже работы, воинской обязанности, воинском учете; сведения о состоянии здоровья, необходимые для определения пригодности для выполнения поручаемой работы и предупреждения профессиональных заболеваний, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации, сведения о наличии (отсутствии) судимости и (или) уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования.

Подтверждаю, что мне разъяснены права и обязанности в области защиты персональных данных, а также право Операторов обрабатывать (в том числе и передавать) часть моих персональных данных без моего согласия, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до дня его отзыва.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Операторами моего письменного заявления об отзыве Согласия на обработку персональных данных. Я проинформирован(а), что в случае отзыва мною данного Согласия, Операторы вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, установленных действующим законодательством РФ.

(подпись субъекта персональных данных)	*(законного представителя субъекта персональных данных)*	*(дата)*

Приложение 6
Форма
УТВЕРЖДЕНА
приказом ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России
от 08.08.2019 № 210

Согласие на обработку персональных данных работников, разрешенных для распространения

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью, разборчиво)
Адрес по месту регистрации/проживания:_____
Номер телефона:_____;
в соответствии со статьей 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие Федеральному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России), юридический адрес: Российская Федерация, 344019, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул.1-я линия, 6, (ИНН 6167063344, ОГРН 1026104148157) и «Ростовской клинической больнице» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России), юридический адрес: Российская Федерация, 344019, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул.1-я линия, 6, (ИНН 6167063344, ОГРН 1026104148157) (далее — Операторы) на проведение фото- и видеосъемки на безвозмездной основе, использование моего изображения и видеозаписей, на которых я запечатлен(а), в целях: создания полиграфической продукции (включая иллюстрации для статей в профессиональных изданиях и специализированной литературе), предоставления в учебные заведения, ФМБА России, ведомственные учреждения ФМБА России, Минздрав России, Минздрав Ростовской области, а также распространения моих персональных данных в информационных ресурсах Оператора (https://www.umedcentr.ru/, https://vodnik61.ru/, https://t.me/uomcfmbarus,
https://t.me/bolnicavodnikov, https://dzen.ru/id/5ec26d200bc6f5686b2ee23d?share_to=link, https://vk.com/club211695527, https://ok.ru/r.klinicheskayabolnitsa, https://rutube.ru/channel/23609621/)

Категории и перечень моих персональных данных, на обработку в форме распространения которых я даю согласие ч. 9 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»:

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешаю к распространению (да/нет)	Разрешаю к распространению неограниченному кругу лиц да/нет	Условия и запреты
Общие персональные данные	Ф.И.О	да	да	
	год рождения	да	да	
	месяц рождения	да	да	
	дата рождения	да	да	
	место рождения	да	да	
	адрес	да	да	
	семейное положение	да	да	
	сведения об образовании	да	да	
	сведения о профессии	да	да	
	реквизиты документа, удостоверяющего личность	да	да	
	номера телефонов	да	да	
	почтовый и электронный адрес	да	да	

Специальные категории персональных данных	состояние здоровья	да	нет	только сотрудникам отдела кадров
	сведения о судимости	да	нет	только сотрудникам отдела кадров
Биометрические	цифровое фотографическое изображение лица	да	да	
	видеозаписи субъекта	да	да	

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться Операторами только по их внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных (ч. 9 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных») (нужное отметить):

Не устанавливаю ☐

Устанавливаю ☐

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Операторов по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Операторов. Срок действия согласия с момента подписания согласия в течение 30 дней после достижения цели обработки персональных данных, если иное не предусмотрено законом.

(подпись субъекта персональных данных)	*(законного представителя субъекта персональных данных)*	*(дата)*

Приложение 7
Форма
УТВЕРЖДЕНА
приказом ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России
от 08.08.2025г. № 210

Согласие на обработку биометрических персональных данных работников

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью, разборчиво)

паспорт_____выдан_____«___»_____г.,
(серия, номер) *(кем выдан)* *(дата выдачи)*

адрес по месту регистрации/проживания:_____
в соответствии с пунктом 1 статьи 152.1 Гражданского кодекса РФ, ч.4 ст.9, ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие Федеральному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России), юридический адрес: Российская Федерация, 344019, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул.1-я линия, д.6, (ИНН 6167063344, ОГРН 1026104148157) и «Ростовской клинической больнице» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России), юридический адрес: Российская Федерация, 344019, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул.1-я линия, д. 6, (ИНН 6167063344, ОГРН 1026104148157) (далее — Операторы), на обработку моих персональных данных, совершаемую с использованием средств автоматизации или без средств с персональными данными, в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение), следующих персональных данных: фотографическое изображение моего лица в целях внесения в базу данных Операторов, оформления пропуска, обеспечивающего доступ на территорию, размещения на информационных стендах в помещениях Оператора, регулирования трудовых непосредственно связанных с ними отношений.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Операторов по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Операторов. Срок действия согласия с момента подписания согласия в течение 30 дней после достижения цели обработки персональных данных, если иное не предусмотрено законом.

_____ _____ _____
(подпись субъекта персональных данных) *(законного представителя субъекта персональных данных)* *(дата)*

Приложение 8
Форма
УТВЕРЖДЕНА
приказом ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России
от 08.08.2025 г. № 210

Разъяснения субъекту персональных данных юридических последствий отказа предоставить свои персональные данные

Мне,_____,
(Ф.И.О. полностью, разборчиво)

разъяснены юридические последствия отказа предоставить свои персональные данные медицинскому учреждению «Ростовская клиническая больница» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», зарегистрированного по юридическому адресу Российская Федерация, Ростовская область, 344019, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-я Линия, д.6.

При отказе предоставить свои персональные данные (Согласие на обработку персональных и биометрических персональных данных) медицинское учреждение в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не сможет оказывать медицинские услуги. Анонимное оказание медицинских услуг производится только за оплату в соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

При отзыве согласия на обработку персональных будет продолжена обработка персональных данных субъекта в соответствии с частью 2 статьи 9, подпунктов 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

_____ _____
(дата) *(подпись)*