

СОГЛАСИЕ
на обработку специальных категорий персональных данных

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество законного представителя)

паспорт: серия _____ № _____, выдан (когда, кем) _____

зарегистрирован(а) по адресу: _____

контактный телефон: _____, e-mail: _____

действующий(ая) в качестве **законного представителя несовершеннолетнего / недееспособного:**

ФИО: _____

дата рождения: _____, настоящим даю согласие **Фонду поддержки научно-медицинских исследований и семей пациентов с синдромом Ретта «Реткие Жизни»** (ИНН 9701315083, ОГРН 1257700315707, юридический адрес 101000, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Басманный, ул. Мясницкая, д. 24/7, стр. 1, помещ. 3М) (далее — Оператор) на обработку **специальных категорий персональных данных** несовершеннолетнего / недееспособного, а именно:

- сведения о состоянии здоровья;
- сведения, содержащиеся в результатах генетических анализов, медицинских заключениях, диагнозах.

Цель обработки специальных категорий персональных данных:

- формирование и ведение реестра пациентов с синдромом Ретта;
- ведение внутреннего учета и отчетности;
- выполнение обязанностей, установленных законодательством Российской Федерации.

Оператор вправе осуществлять: сбор, систематизацию, хранение, уточнение (обновление), передачу, обезличивание, уничтожение указанных данных — с использованием средств автоматизации и без таковых, строго в рамках обозначенных целей.

Срок хранения и обработки: до достижения целей обработки или до момента отзыва настоящего согласия.

Я проинформирован(а), что:

- настоящее согласие может быть отозвано мною в любой момент путем подачи письменного заявления в адрес Оператора;
- отказ от предоставления таких данных может повлечь невозможность включения в реестр пациентов с синдромом Ретта;
- Оператор обязуется не раскрывать специальные категории данных без соответствующего правового основания и соблюдать меры по их защите.

Подпись законного представителя: _____

Дата: « _____ » _____ **20** _____ г.