

Председателю Межрегиональной  
общественной организации  
«Пациентское сообщество  
рахитоподобных заболеваний  
«Последствия»  
Вобликову Сергею Николаевичу

\_\_\_\_\_  
(от кого, ФИО)

\_\_\_\_\_  
проживающей(го) по адресу:

\_\_\_\_\_  
контактный телефон:

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Ознакомившись с Уставом Межрегиональной общественной организации «Пациентское сообщество рахитоподобных заболеваний «Последствия» (далее по тексту МОО «ПСРЗ «Последствия»), утвержденного Общим собранием учредителей, прошу принять меня в члены МОО «ПСРЗ «Последствия».

С уставом МОО «ПСРЗ «Последствия» ознакомлен(а) и согласен(а), цели и задачи поддерживаю. Не возражаю против того, чтобы организация представляла мои интересы в органах власти.

Согласие на обработку данных:  при согласии поставьте галочку

Настоящим подтверждаю, что содержащиеся в анкете персональные данные соответствуют действительности. Я согласен с тем, что мои персональные данные будут использованы МОО «ПСРЗ «Последствия» для проведения опросов и рассылки информационных материалов и включены в базу данных МОО «ПСРЗ «Последствия».

### АНКЕТА.

Фамилия: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_

Отчество: \_\_\_\_\_

Пол: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Регион: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Индекс: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Серия и номер паспорта: \_\_\_\_\_

Когда и кем выдан: \_\_\_\_\_

Я представляю заболевание (ГФР- гипофосфатемический рахит, или ВЗДР – витамин-Д-зависимый рахит, или ГФФ -гипофосфатазии) обязательно указать \_\_\_\_\_, являюсь пациентом (родителем, родственником – нужное подчеркнуть).

Чем можете помочь организации, дело добровольное, отвечать по желанию:

Вы уверенный пользователь ПК \_\_\_\_\_

Владение иностранными языками (если Да, указать какими) \_\_\_\_\_

Ваша мобильность (возможность участия в семинарах и конференциях) \_\_\_\_\_

Чем можете помочь организации? \_\_\_\_\_

Хотели бы Вы участвовать в работе организации? Если Да, то Как? \_\_\_\_\_

Что для вас наиболее важно для организации? \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_ Специальность \_\_\_\_\_

Ваш род занятий(профессия) \_\_\_\_\_

Участие в социальных частях:  ВКонтакте,  Facebook,  Одноклассники,  Twitter  Instagram Другие \_\_\_\_\_

(дата) \_\_\_\_\_

(подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_

*\*Анкеты без согласия на обработку персональных данных и без личной подписи не рассматриваются.*

Председателю Межрегиональной  
общественной организации  
«Пациентское сообщество  
рахитоподобных заболеваний  
«Последствия»  
Вобликову Сергею Николаевичу

\_\_\_\_\_  
(от кого, ФИО)

\_\_\_\_\_  
паспорт РФ

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
выданного

\_\_\_\_\_  
код подразделения

\_\_\_\_\_  
дата выдачи

\_\_\_\_\_  
проживающей(го) по адресу:

\_\_\_\_\_  
контактный телефон:

### СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_ гражданин(ка) \_\_\_\_\_ Российской Федерации

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)  
действующий(ая) \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ интересах

\_\_\_\_\_  
(свои Ф.И.О. или ребёнка в случае подачи заявления родителем или законным представителем)  
года рождения \_\_\_\_\_, страдающего рахитоподобным  
заболеванием \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(диагноз)

подписывая данный документ, даю согласие и право на предоставление  
интересов и предоставление моих персональных данных (моего ребенка)  
МОО «ПСРЗ «Последствия», юридический адрес: Амурская область  
г.Благовещенск ул.Фрунзе 40 кв.31; Почтовый адрес: 675002 Амурская  
область г.Благовещенск ул.Фрунзе 40 кв.31, эл.адрес: tickets.russia@yandex.ru  
, а именно: - на обработку, распространение и использование своих  
персональных данных в соответствии с Федеральным законом от  
27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

- на получение, предоставление и использование сведений составляющих врачебную тайну (в том числе о состоянии моего здоровья (моего ребенка), имеющихся заболеваниях, проводимых и планируемых методах лечения и другой информации связанной с моим здоровьем) в соответствии с п.3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- на представление моих интересов (в том числе: подавать обращения, жалобы, письма и т.д.; запрашивать информацию, касающуюся меня и моего здоровья с использованием персональных данных, в том числе содержащих медицинские сведения) в организациях законодательной, исполнительной и судебной власти, в государственных и муниципальных органах и учреждениях, а также в иных органах, учреждениях и организациях, с целью:

- защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц;

- осуществления правосудия;

- осуществления от моего имени прав предусмотренных гл. 3 Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

- и иных действий в рамках законодательства РФ.

Я позволяю получать любую информацию о состоянии моего (моего ребенка) здоровья, в том числе любые сведения о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи, знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние моего здоровья (моего ребенка), получать отражающие состояние моего здоровья (моего ребенка) любые медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.

Согласие на обработку, распространение и использование моих персональных данных действует до момента получения Председателем МОО «ПСРЗ «Последствия», моего письменного заявления о прекращении данного права, путем направления заявления в адрес МОО «ПСРЗ «Последствия», письмом с уведомлением о доставке.

Я, в качестве благополучателя МОО «ПСРЗ «Последствия», именуемой в дальнейшем «Организация» обязуюсь:

- не разглашать конфиденциальную информацию Организации, которая мне будет доверена или станет известна в рамках взаимодействия с Организацией;
- не передавать третьим лицам и не раскрывать публично конфиденциальную информацию Организации без согласия Организации;
- не передавать третьим лицам никаких носителей конфиденциальной информации Организации, представляющих интеллектуальную собственность Организации (письма, обращения в различные инстанции, кино-, фото материалы, модели печатной продукции и пр.), которые находились в моем распоряжении;
- в случае попытки посторонних лиц получить от меня конфиденциальную информацию Организации немедленно сообщить Председателю МОО «ПСРЗ «Последствия»;
- не использовать знание конфиденциальной информации Организации для занятий любой деятельностью, которая может нанести ущерб Организации;

До моего сведения также доведены с разъяснениями соответствующие положения по обеспечению сохранности конфиденциальной информации Организации. Мне известно, что нарушение этих положений может повлечь уголовную, административную, гражданско-правовую или иную ответственность, предусмотренную ст. 13.11, 13.14 КоАП РФ, ст. 183 УК РФ, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Я понимаю всю информацию, содержащуюся в данном документе, и подписываюсь под ней. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получить удовлетворившие меня ответы. У меня было достаточно времени для принятия самостоятельного решения.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

ФИО (полностью) \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_