

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я (далее – Доброволец),

_____ ,
(фамилия, имя, отчество)

даю свое согласие ООО «Центр доклинических испытаний», (далее Оператор) зарегистрированному по адресу: 142290, г. Пущино, мкрн «В» д. 10А на обработку своих персональных данных, на следующих условиях:

1. ООО «Центр доклинических испытаний» осуществляет обработку персональных данных Добровольца исключительно в целях создания базы здоровых добровольцев больницы Пущинского Научного Центра РАН.
2. Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку:
 - фамилия, имя, отчество;
 - пол;
 - возраст;
 - росто-весовые показатели;
 - даты проведения лабораторных анализов;
 - опыт участия в клинических исследованиях;
 - контактная информация (телефон, email)
1. Доброволец дает согласие Оператору на обработку своих персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.
2. Настоящее согласие действует бессрочно.
3. Настоящее согласие может быть отозвано Добровольцем в любой момент по соглашению сторон. В случае неправомерного использования предоставленных данных соглашение отзывается письменным заявлением Добровольца.
4. ООО «Центр доклинических испытаний» по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст.14 Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ).

« ____ » _____ 20__ г.

_____ *Подпись*

_____ *ФИО*

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

« ____ » _____ 20__ г.

_____ *Подпись*

_____ *ФИО*

Анкета Добровольца

<p>Уважаемый (-ая) Доброволец,</p> <p>Благодарим Вас за участие, просим не забыть взять с собой на обследование паспорт и полис ОМС,</p> <p>Заполненные формы Согласия на обработку данных и Анкету Добровольца просим выслать на request@preclinical.ru</p>	
Фамилия, Имя, Отчество	_____ _____ _____
Пол (нужное подчеркнуть)	муж жен
Дата рождения	____/____/____ (дд.ммм.гггг)
Опыт участия в клинических исследованиях	да нет
Контактная информация;	Субъект РФ _____ Адрес: _____ _____ Телефон: _____ Email: _____