

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента либо законного представителя)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации пациента либо законного представителя)  
документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (серия и номер документа, кем и когда выдан)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

дата рождения \_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Здоровье» (далее – Оператор), расположенному по адресу: Нижегородская обл.г.Выкса ул.Ленина д.85, г.Выкса, Нижегородская обл., г.о.г.Выкса с.п.Дружба мкр.Дружба д.29 пом 85 на обработку моих персональных данных (представляемого), включающих в себя фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные документа удостоверяющего личность, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, оформления листка нетрудоспособности, передачи кассового чека в электронной форме (по моему требованию) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, медицинским организациям (лабораториям) в интересах моего (представляемого) обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Представляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, территориальным Фондом ОМС с использованием машинных 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 тайну.

Срок хранения моих (представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Срок действия настоящего согласия - двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте либо вручен лично под расписку представителю Оператора. Я уведомлен (а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
*Личная подпись*

\_\_\_\_\_  
*Фамилия И.О.*