*Согласие*

*на обработку персональных данных*

*Я, нижеподписавшийся(аяся). проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт выдан (дата, наименование выдавшего органа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. №*

*152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку (название и адрес*

*медицинского учреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату*

*рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер*

*индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего*

*здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических*

*целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их*

*обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и*

*обязанным сохранять врачебную тайну.*

*В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским*

*работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие*

*врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и*

*лечения.*

*Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои 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.*

*Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской*

*организацией и территориальным фондом ОМС с*

*использованием цифровых 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 персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара и пять лет для поликлиники.*

*Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.*

*Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.*

*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.*

*В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных. Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.*

*Контактный телефон*

*Почтовый адрес*

субъекта

Подпись

персональных

данных