

## Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
(ФИО заявителя полностью)

зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(дата выдачи и наименование выдавшего органа)

являющийся законным представителем \_\_\_\_\_  
(ФИО Пациента несовершеннолетнего/недееспособного лица)

Свидетельство о рождении серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ (далее по тексту «Пациент»), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО Медицинский центр «Ваш Доктор», юридический адрес: Российская Федерация, 356632, Ставропольский край, город Ипатово, ул. Свердлова, 85 б, (далее - Оператор) моих персональных данных и/или персональных данных Пациента, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии моего (и/или Пациента) здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, и иная информация, полученная при моем (и/или Пациента) обследовании и лечении (далее –«персональные данные») при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранить врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (и/или Пациенту) медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои (и/или Пациента) персональные данные, должностным лицам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание платных услуг, в рамках которого мне (и/или Пациенту) оказывается медицинская помощь.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (и/или Пациента) персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои (и/или Пациента) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону, на номер, указанный Заказчиком, с целью согласования оказания мне (и/или Пациенту) медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если такие услуги оказываются в рамках такого договора).

Срок хранения моих (и/или Пациента) персональных данных соответствуют сроку хранения медицинских документов (в том числе медицинские карты) и составляет не менее 25 (двадцать пять) лет.

Передача моих (и/или Пациента) персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее 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 по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне (и/или Пациенту) до этого медицинских услуг.
- по истечении указанного выше срока хранения моих (и/или Пациента) персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои (и/или Пациента) персональные данные, в том числе из баз автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации без уведомления меня об этом.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставлении иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг.

Контактные телефоны: дом \_\_\_\_\_, моб \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО заявителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.