

## ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (-аяся) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью),

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

(дата и название выдавшего органа)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006г. № 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ.

**Я ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на обработку **ООО «МаксиМед» медицинский центр «Доктор плюс»**, расположенным по адресу: 249000, Калужская обл., г. Балабаново, пл. 50 лет Октября д 5 (далее – Учреждение-Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность, в том числе свидетельства о рождении), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или - при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором, и обязанным сохранять профессиональную тайну).

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи **Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО** его работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

**Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ** все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию – заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

**ОПЕРАТОР ВПРАВЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ** следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

**Я ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ** (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья (результаты дополнительных методов обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего **собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон**, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

**Е-mail:** \_\_\_\_\_

**Телефон:** \_\_\_\_\_

**ОПЕРАТОР ИМЕЕТ ПРАВО** 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 договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональных данных со страховой медицинской организацией, организацией- заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

**Срок хранения персональных данных** соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и **составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет- для поликлиники.**

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

**НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ** действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

**Сведения в электронную базу данных внесены:**

Оператор: \_\_\_\_\_

(подпись)

Ф.И.О.