

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями ст. ст. 9, 10 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», даю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «А-СТОМ»** (расположенному по адресу: 675000, Амурская область, г.Благовещенск, ул. Амурская, 208, офис 83, ОГРН 1032800054913, ИНН 2801089879) (далее – Оператор) моих персональных данных, в объеме необходимом для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, с учетом требований установленных ст. 94 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе персональные данные включающие: гражданство, фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, данные документа удостоверяющего личность (паспортные данные), СНИЛС, ИНН, адрес проживания/регистрации, место работы (учебы), контактный телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья, сведения заболеваниях.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. В процессе оказания Оператором представляемому лицу медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои/представляемого лица персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в моих интересах, обследования и лечения.

Я проинформирован, что Оператор гарантирует обработку персональных данных в соответствии с требованиями действующего законодательства, как автоматизированными, так и не автоматизированными способами, а также смешанную обработку персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в свою электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС и по договору предоставления медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию (ДМС) на обмен (передачу) моими персональными данными со страховой организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с использованием мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, при условии, что прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено действующим законодательством.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении срока хранения, Оператор обязан уничтожить мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления 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 срок не превышающий 10 дней, с даты получения соответствующего требования.

*ФИО и подпись субъекта персональных данных* \_\_\_\_\_

*дата оформления согласия:* « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.