

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
проживающий (ая) по адресу _____

(по месту регистрации)
паспорт _____
(серия, номер)
выдан _____
(дата и название выдавшего органа)

В соответствии с требованиями 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – 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 Оператором медицинской помощи, я представляю 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 обрабатывает мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставления отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договорам ДМС) на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и 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 персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет «двадцать пять лет».

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

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата)

Я оставляю за собой право отозвать 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 письменного заявления о моем отказе от настоящего согласия Оператор прекращает обработку персональных данных по истечении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) _____
и почтовый адрес _____
Подпись субъекта персональных данных _____