

## СОГЛАСИЕ

### пациента на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ (далее – Закон) в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника МедСити» (далее – Оператор) моих персональных данных, а именно:

- фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения;
- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения,
- паспортные данные,
- адрес места жительства,
- контактные телефоны,
- сведения о месте работы (учебы),
- данные полиса ОМС или ДМС,
- сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью,
- сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Закона даю согласие на обработку моих персональных данных оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну, либо сотрудником Оператора, ответственным за сбор персональных данных ( администратор, кассир и т. д.).

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача будет осуществляться с использованием каналов связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных составляет 25 лет. По истечении указанного срока Оператор обязан уничтожить мои персональные данные.

Я согласен(а), что обработка моих персональных данных будет вестись с использованием и без использования автоматизированных информационных систем.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на основании письменного заявления, после чего Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных.

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Представитель Оператора \_\_\_\_\_

