

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

г. Москва

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
ФИО пациента

Проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона РФ от 27.07.2006г. Х 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «Аллергологический центр им. А.Д. Адо» в г. Москве**, именуемым далее Оператор, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии здоровья, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления клинического диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Предоставляю право Оператору совершать все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по договорам.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой организацией с использованием электронных 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 персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

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

Настоящее согласие дано \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое 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 в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

телефон : \_\_\_\_\_

электронный адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

*Подпись и фамилия субъекта персональных данных*