

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я нижеподписавшийся _____
(фамилия, имя, отчество)

проживающий по адресу _____

Паспорт: серия _____ номер _____, выданный _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152 ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ООО ММЦ «Медикал Парк», Ижевск, ул. Ленина 100 К. (далее Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес место жительства, контактные телефоны, 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 в медико профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю 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 (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор в праве обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнении своих обязательств по работе в системе ОМС(по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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 документов и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет для поликлиники.

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

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

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.

СНИЛС _____ Контактный телефон _____

Подпись субъекта персональных данных _____