ООО "Клиника Современной Медицины" (клиника) Форма разработана согласно

 Федеральному закону №152-ФЗ

 "О персональных данных"

 от 27 июля 2006г.

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся,

проживающий по адресу

паспорт  **,** выдан

ФИО законного представителя: ,

подтверждаю свое согласие на обработку **ООО "Клиника Современной Медицины" (клиника),** (далее Оператор) моих персональных данных или персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской стационарной, амбулаторно-поликлинической помощью, реабилитационно - восстановительного лечения, в 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 предоставляю право медицинским работникам, в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы.

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

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС, на включение в списки (электронные реестры) и обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховыми медицинскими организациями, другими ЛПУ и организациями (ФСС РФ, ПФР), связанными договорными обязательствами с Оператором, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с использованием шифровальных (криптографических) средств, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные для получения государственной и оперативной статистической отчетности, отчетных форм, предусмотренными документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, договором ДМС, вышестоящими организациями, оказывающими руководящую, регламентирующую и методическую помощь Оператору.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных 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.

Настоящее согласие дано мной  и действует бессрочно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись субъекта персональных данных или его законного представителя)