Приложение № 1

к Договору об оказании платных медицинских услуг

*№ \_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_*

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, дата рождения *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, зарегистрирован(а) по адресу: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, контактный телефон: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, паспорт: серия *\_\_\_\_\_* № *\_\_\_\_\_\_,* выдан *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* , был(а) осведомлен(а) о следующем:

В соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку ООО «САД ЗДОРОВЬЯ» (юридический адрес: 129323, г. Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 38, корп. 2, помещ. 3Н) (далее - Оператор) моих 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 документе, удостоверяющем личность, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрические персональные данные, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания мне медицинских услуг, а также для формирования статистической отчетности.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право любым медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам и сотрудникам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор в том числе, вправе 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 договору на оказание платных медицинских услуг, по договорам ОМС (договорам ДМС) и в иные документы.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств при работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

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

Настоящее согласие дано мной с момента подписания Договора об оказании платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_

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 срока, установленного действующим законодательством при условии, что завершены все взаиморасчеты по оплате медицинских услуг, оказанных в рамках Договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_

Примечание:

Согласно п. 2, ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных, в частности, в п. 4 части 2 статьи 10 указанного Федерального закона, а именно если обработка данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я уведомлён, что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет не менее 25 лет.

Настоящее согласие действует бессрочно.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подпись | Ф.И.О. гражданина | (дата) |

|  |
| --- |
|  |