

*Согласие на обработку, хранение и передачу персональных данных*

Настоящим, Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, действуя в своих интересах/интересах пациента, законным представителем которого я являюсь (далее - пациент), в соответствии со статьями 6 и 9 ФЗ от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей обеспечения квалифицированного медицинского обслуживания, даю свое согласие оператору –ООО «Есения» МЦ «Долголетие медикал»,расположенному по адресу: г. Острогожск ул. Карла Маркса д 37а,на получение (в том числе посредством телефонной связи), обработку, хранение и передачу персональных данных пациента, а именно: ФИО, пол, дата рождения, реквизиты паспорта, СНИЛС, полиса ОМС/ДМС, адрес места жительства, домашний телефон, мобильный телефон, адрес электронной почты, биометрические данные (фотография), данные о состоянии здоровья пациента, результатах его обследования и лечения.

В процессе оказания учреждением медицинской помощи пациенту, я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные пациента, содержащие сведения, составляющую врачебную тайну, другим должностным лицам учреждения, в интересах процедур обследования и лечения.

Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать данные, посредством внесения их в электронную базу данных, передачу через сеть интернет, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных учетно-отчетной медицинской документации.

Я подтверждаю, что сообщённые мною данные верны, и готов возместить любой ущерб в полном объеме, который может быть причинен как оператору, так и третьим лицам, в связи с указанием мной некорректных сведений. Я обязуюсь предоставлять персональные данные соответствующие действительности, а в случае их изменения своевременно (в течение семи рабочих дней) направлять их оператору.

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 под расписку представителю учреждения. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия, оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и до дня отзыва в письменной форме.

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ подпись пациента (законного представителя)