



### Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_  
паспорт № \_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

(дата, наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» (далее – Закон), в целях предоставления мне медицинских услуг, даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Современная Медицинская Клиника» (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях. В соответствии с требованиями указанного Закона подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, являющимся сотрудником ООО «Современная Медицинская Клиника» и обязанным сохранять врачебную тайну. Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения амбулаторной медицинской карты. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

**Даю свое согласие на передачу моих персональных данных в единую государственную систему здравоохранения (ЕГИСЗ): да / нет (нужное обвести) \_\_\_\_\_**

подпись

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

Настоящее согласие на обработку персональных данных в ООО «Современная Медицинская Клиника» дано мной добровольно, свободно, своей волей и в своем интересе. Я, находясь в сознании, понимая значение своих действий и не ошибаясь в отношении согласия, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с тем, как это описано выше.

Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО полностью