

**СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я _____
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____
(место регистрации)

паспорт _____, выдан _____
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку
Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «ПАНАЦЕЯ»
(название и адрес медицинского учреждения)

ОГРН 1104714000115, ИНН: 4714024212

(далее - Оператор) 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, составляющие врачебную тайну, а именно: сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, полученных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Обработка персональных данных включает в себя:

- осуществление всех действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также, в частности: внесение персональных данных 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, ФОМС, ТФОМС, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, медицинскими лабораториями, Социальным Фондом РФ, Росстатом, ФНС (за исключением сведений о состоянии моего здоровья и заболеваниях).

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

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____ (подпись, Фамилия, инициалы)

_____ (дата)

Согласие получено _____

_____ (дата)

Работник медицинской организации _____

_____ (должность, подпись, Фамилия, инициалы)



**СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я _____ (Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____ (место регистрации)

паспорт _____, ВЫДАН _____ (серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

В ОТНОШЕНИИ _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____ (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку **Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «ПАНАЦЕЯ»** (название и адрес медицинского учреждения)

ОГРН 1104714000115, ИНН: 4714024212

(далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения, место рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность, гражданство, данные о регистрации по месту проживания и данные о фактическом месте проживания, данные номера телефона (сотовый, домашний), адрес электронной почты, данные страхового номера индивидуального лицевого счета; антропометрические данные (рост, вес, длина туловища и конечности, размер одежды, обуви); данные полиса обязательного медицинского страхования, данные о прохождении углубленных медицинских обследований и медицинских осмотров, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, заключения и рекомендации врачей, данные о зачислении в группы здоровья, спортивные организации.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Обработка персональных данных включает в себя:

- право Оператора осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также, в частности: внесение персональных данных 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, ФОМС, ТФОМС, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, медицинскими лабораториями, Социальным Фондом РФ, Росстатом, ФНС (за исключением сведений о состоянии моего здоровья и заболеваниях).

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

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____ (подпись, Фамилия, инициалы)

_____ (дата)

Согласие получено _____

_____ (дата)

Работник медицинской организации _____

_____ (должность, подпись, Фамилия, инициалы)

