

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных пациента**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)  
проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации)  
паспорт \_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата выдачи)  
\_\_\_\_\_  
наименование выдавшего органа, код подразделения)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в Государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр», расположенному по адресу: 344000, г. Ростов-на-Дону, улица Пушкинская, дом 127 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, данные о праве на льготные рецепты, выписанные льготные рецепты, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что их обработка (с использованием средств автоматизации или без использования средств автоматизации) осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, просмотр, редактирование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор 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 договорам ОМС, ДМС и платным услугам, а также при наличии других оснований, предусмотренных законодательством.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС и платным услугам на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (врачебную) тайну.

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.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев, предусмотренных законодательством.

**Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичной медицинской документации.**

**Настоящее согласие дано мной и действует с момента подписания до момента его отзыва.**

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.

Я уведомлен о том, что в случае отзыва мной согласия на обработку моих персональных данных, Оператор имеет право продолжить их обработку при наличии оснований, установленных законодательством.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

**Подпись субъекта персональных данных  
(или его законного представителя)**

\_\_\_\_\_ (личная подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Данное согласие принято в моем присутствии, сведения внесены/не внесены в электронную  
(нужное подчеркнуть)**

**базу данных** \_\_\_\_\_  
(должность лица, принявшего согласие) (личная подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.