

# Согласие №. 1 на обработку персональных данных

Фамилия:Иванов
Имя:Иван
Отчество:Иванович
Пол: <input checked="" type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский
Дата рождения:01.01.1945
Место рождения:

## Паспорт

Номер:8888 999999	
Дата выдачи:01.01.2000	
Подразделение(наименование) выдавшее документ:	Центральное ОМ УВД г.Йошкар-Олы РМЭ
(код)	

## Полис обязательного медицинского страхования

Номер:1111111111111111111
Организация ОМС:МАРИЙСКИЙ ФИЛИАЛ СМО

## Полис добровольного медицинского страхования

Номер:
Организация ДМС:

## Страховой номер индивидуального лицевого счета

СНИЛС:000-000-000 00
----------------------

## Место работы / Учебы

Организация:
Должность:

## Адрес места жительства в РФ

Почтовый индекс:
Регион:Марий Эл (республика, край, область, округ)
Населенный пункт:Йошкар-Ола (город, село, поселок)
Улица / проспект /Красноармейская переулок:
Дом:1
Квартира:1

## Контактные сведения

Телефон:
Моб. телефон:8 999 888 7777
Эл. почта:

Я, нижеподписавшийся, чьи сведения указаны выше, в соответствии с требованиями федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью "Центр лазерной медицины" (далее – Оператор), находящегося по адресу 424002, Респ Марий Эл, г Йошкар-Ола, ул Красноармейская, Дом 61А на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные (номер, серия, кем и когда выдан), место работы (учебы) и должность, сведения о состоянии моего здоровья, заболевания, случаях обращения за медицинской помощью в следующих целях: медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения электронной медицинской карты пациента; реализации электронной записи к врачу; ведения персонализированного учета оказанной медицинских услуг; для реализации телемедицинских консультаций, электронного документооборота; осуществления взаиморасчетов за оказанную медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования; хранения результатов лабораторно-диагностических исследований для последующего использования в установлении медицинского диагноза.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций) с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи субъекту персональных данных я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения. Я согласен с тем, что доступ к моим персональным данным будут иметь сотрудники Оператора, осуществляющие техническое обслуживание информационной системы.

Я согласен с тем, что в соответствии со статьей 6 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ обработка указанных в настоящем согласии моих персональных данных может быть поручена Оператору Минздрав Республики Марий Эл, находящемуся по адресу 424000, Российская Федерация, Респ Марий Эл, Город Йошкар-Ола, Набережная Брюгге, Дом 3 в целях осуществления эксплуатации, поддержания в работоспособном состоянии медицинской автоматизированной системы в которой в том числе будет осуществляться обработка моих персональных данных.

Я согласен с тем, что в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-социальных услуг, указанные в настоящем согласии мои персональные данные могут быть переданы в другие лечебно-профилактические учреждения для обработки лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я согласен с тем, что в целях осуществления обязательного медицинского страхования мои персональные данные могут быть переданы в страховую медицинскую организацию и территориальный фонд ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

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

Настоящее согласие действует бессрочно.

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 периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_