

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

паспорт серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ **ВЫДАН** \_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие, Обществу с ограниченной ответственностью «БЕРЕГИНЯ», расположенному по адресу: 446026, Самарская область, г. Сызрань, ул. Челюскинцев, д.23, 1 этаж (далее – Оператор), на обработку моих (моего ребенка) персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения и место рождения, адрес места жительства, контактный телефон(ы), реквизиты полиса (ДМС), индивидуальный номер налогоплательщика ИНН (при предъявлении), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка 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 (моего ребенка) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, обезличивание, хранение, обновление, изменение, использование, 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 (договором ДМС). Обработка моих персональных данных может осуществляться только в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией 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 тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет с момента последней явки пациента, если лечение было завершено.

Срок действия настоящего согласия – бессрочно.

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

Я согласен на обработку, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение, Оператором моих персональных данных, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка и хранение осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, только следующим организациям:


ООО «Ситилаб» ИНН 6319115960, лицензия №ЛО-63-01-004607 от 20.04.2018г.

ООО «ВЕБКЛИНИКА» ИНН 7751176064, лицензия №ЛО-77-01-020301 от 21.08.2020г.

ООО «МЕДЕСК» ИНН 7730203912, ООО «ЭлНетМед» ИНН 7842529670

Я оставляю за собой право, согласно части 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», 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 отзыва субъектом персональных данных или его представителем согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 5,6 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сведения о моем (моего ребенка) здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия, органам следствия и суда, органам санитарно-эпидемиологической защиты, иным органам государственной власти.

Раздел заполняется, если согласие подписывает законный представитель недееспособного лица или представитель по доверенности	
Я, _____	
<small>(Ф. И. О. представителя субъекта персональных данных)</small>	
зарегистрированный по адресу: _____	
Документ, удостоверяющий личность _____	
<small>(серия и номер документа, кем и когда выдан)</small>	
Документ, подтверждающий полномочия представителя: _____	
<small>(серия и номер документа, кем и когда выдан)</small>	
<small>(подпись)</small>	<small>(Ф. И. О. полностью)</small>

Подпись субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_ Дата согласия: \_\_\_\_\_