

ООО Клиника Традиционной Восточной Медицины «Доктор Ци»  
**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

по месту регистрации \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ серия и номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

дата \_\_\_\_\_

(название органа, выдавшего паспорт)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» №152-ФЗ подтверждаю своё согласие на обработку \_\_\_\_\_

ООО КТВМ «Доктор Ци», г. Благовещенск, ул. Амурская, 259/1

(название и адрес медицинского учреждения)

(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счёта 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 персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору \_\_\_\_\_ ДМС) на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

(название организации)

[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 приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

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

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

(подпись, дата)

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручён 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 взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_

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