

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, в своей воле и в своем интересе

**даю согласие**

ООО «ОПТИМУС-МЕД», ИНН 7722730658 ОГРН 1107746872892 расположенному по адресу: г. Москва, Малый Кисловский пер д. 9 стр. 3, (далее — Оператор) на обработку как без использования средств автоматизации, так и с их использованием, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, ДМС (при необходимости), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской стационарной, амбулаторно-поликлинической помощью, реабилитационно-восстановительного лечения, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять врачебную тайну, персональные данные.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, ДМС.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС, на включение в списки (электронные реестры) и обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховыми медицинскими организациями, другими ЛПУ и организациями (ФСС РФ, ПФР), связанными договорными обязательствами с Оператором, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с использованием шифровальных (криптографических) средств, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные для получения государственной и оперативной статистической отчетности, отчетных форм, предусмотренными документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), вышестоящими организациями, оказывающими руководящую, регламентирующую и методическую помощь Оператору.

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 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

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.

**Контактный телефон** \_\_\_\_\_

**Подпись субъекта персональных данных** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (ФИО)

**При подписании согласия законным представителем:**

ФИО \_\_\_\_\_

Зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя: \_\_\_\_\_