

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06г. № 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю своё согласие ФГБУ «ЛРЦ «Изумруд» (далее «Оператор»), зарегистрированному по адресу 107139, г.Москва, ул.Садовая-Спаская, д. 11/1, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, паспортные данные, контактные телефоны, e-mail, семейное положение, место работы, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведениях о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, в медикопрофилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии, что их обработка осуществляется лицом, 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 отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, ДМС и по платным медицинским услугам. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС, а также по работе с платными медицинскими услугами на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (при наличии) [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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. 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. Настоящим я подтверждаю, что в соответствии со ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Оператор предоставил мне всю необходимую информацию о предоставлении и обработке персональных данных.

**Я подтверждаю свое согласие на осуществление рассылки рекламно-информационных рассылок на указанные мною телефонный номер**

ДА  НЕТ

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

Подпись субъекта персональных данных

*Дата:* 11.02.2021