

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(регистрация) телефон: \_\_\_\_\_ электронная почта: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статей 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие федеральному государственному бюджетному учреждению «Управление служебными зданиями» при Министерстве сельского хозяйства Российской Федерации (далее - Оператор), адрес: 107078, г. Москва, ул. Садовая-Спасская, д. 11/1, ИНН 7708300685, ОГРН 1167746900870, на обработку следующих персональных данных в отношении меня/лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

- **персональные данные:** фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса места жительства, телефона, адреса электронной почты, места работы/учебы, данных паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данных полиса обязательного медицинского страхования, страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС);

- **специальные персональные данные:** информации о состоянии здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, сведениях о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях. В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

**Цели обработки персональных данных:** предоставление мне медицинской помощи. Оператор имеет право при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных как автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано нормативными документами, так и на бумажном носителе; с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных законодательством Российской Федерации на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, в том числе Страховой компании, застрахованным лицом которой я являюсь по программе ДМС (в случае, если гражданин является застрахованным лицом по программе ДМС), при условии, что передача будет осуществляться с использованием бумажных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты, предусмотренного законодательством Российской Федерации. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все персональные данные, включая все копии на бумажных носителях информации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение, на срок хранения медицинской документации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при личном обращении к Оператору при предъявлении документа, удостоверяющего личность. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование на срок хранения медицинской документации.

При этом Оператор продолжает осуществлять хранение всей имеющейся документации на срок, предусмотренный действующим законодательством с последующим уничтожением.

Подпись субъекта персональных данных   В  

Дата: \_\_\_\_\_

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

|    |     |
|----|-----|
| ДА | НЕТ |
|----|-----|