

### Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (Ф.И.О. полностью): \_\_\_\_\_  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

по месту регистрации \_\_\_\_\_

паспорт: серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ (дата выдачи) \_\_\_\_\_

наименование выдавшего органа \_\_\_\_\_

Являюсь законным представителем (Ф.И.О. недееспособного лица полностью) \_\_\_\_\_

Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

1. В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, **подтверждаю своё согласие на обработку** обществом с ограниченной ответственностью «ИНДРА-М» (Республика Бурятия, 670009, г. Улан-Удэ, ул. Заиграевская, дом 20) (далее - Оператор) **моих персональных данных/данных лица, законным представителем которого я являюсь** (нужное подчеркнуть) включающих: фамилия, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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, - 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.

2. 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.

3. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

4. 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 (договором ДМС), и другие утвержденные отчетные формы.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по оказанию мне медицинской помощи, работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет (для поликлиники).

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

6. Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

7. 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.

8. 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. Я предупреждён, что отзыв не будет иметь обратной силы в отношении данных прошедших обработку до выступления в силу такого отзыва.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка

Подпись представителя субъекта  
персональных данных \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.