Врио главного врача ФГБУЗ МЦ «Решма»
ФМБА России Куликовой Ю.А.

_____
(ФИО Потребителя, Заказчика)
паспорт: серия_____ номер _____
выдан ___ . ___ . _____ г. _____
_____
_____
зарегистрирован _____
_____

СОГЛАСИЕ
гражданина на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. потребителя, заказчика)
_____ года рождения, именуемый далее «Гражданин», настоящим документом даю согласие Федеральному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Медицинский центр «Решма» Федерального медико-биологического агентства (ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России), ОГРН 1023701591715 (именуемому далее «Оператор»), на обработку моих персональных данных, включающих:

- фамилию, 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.

Согласие на обработку персональных данных дается мною 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.

Я, _____ 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 медицинскую документацию, медицинскую информационную систему, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____, другими организациями и отдельными специалистами в моих интересах для решения поставленных вопросов либо урегулирования спора в досудебном порядке, 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 двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие действует бессрочно. 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.

«___» _____ 20 __ г.
_____/ _____
Подпись *ФИО*