СОГЛАСИЕ субъекта персональных данных на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____, проживающий по адресу _____, паспорт _____ _____, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. "О персональных данных" №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "Медико-санитарная часть Славич", 152023, Переславль-Залесский, ул. Магистральная, д. 24А (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, 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.

Также даю (не даю) согласие на обработку следующих персональных данных *(отметить да/нет)*:

	Да	Нет
Данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях.		
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 приказами и нормативными документами Минздравсоцразвития России.		
Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (или по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, 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.		
Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.		

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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.

Контактный телефон и почтовый адрес:_____

Дата подписания: "_____"_____ г.

Подпись субъекта персональных данных _____