

СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся, «**FIU**»

(Ф.И.О. полностью)

Проживающий по адресу: «Address»

Паспорт, «PassportSeries»№ «PassportNumber» Выдан: «PassportDateOfIssue»«PassportIssueDepartment»  
(Серия, номер) (кем, когда)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, и статьи 13 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ЛДЦ»АРТ-МЕД» расположенной по адресу: г. Москва, ул. Красная Пресня, д.28, (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), 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. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим 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 порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ДМС между Оператором и страховой медицинской компанией

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Обработка персональных данных осуществляется посредством медицинской информационной системы «РобоМед», используемой нами на основании лицензионного Договора № 28/17-В от 05.06.2017г.

Настоящее согласие дано мной с «**CurrentDate**». и действует бессрочно.

(дата)

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.

Контактный телефон(ы) «**Phone**»

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

