## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, пациент (законный пред-ль), _____
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный(ая) по адресу _____
_____

паспорт серия _____№ _____ выдан _____
_____дата выдачи _____

код подразделения _____, контактный телефон _____

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ПСИХОТЕРАПИИ и КЛИНИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИИ «Медицинский центр Клиник-А»**, находящегося по адресу: 680023, г. Хабаровск, ул. Морозова Павла Леонтьевича, 96 пом. 1, (далее – Оператор) предоставленных своих данных, включающих: фамилию, имя, отчество; пол; дату и место рождения; гражданство; данные о документе, удостоверяющем личность; месте жительства, месте и дате регистрации; сведения о социальном статусе, месте работы, профессии, занимаемой должности; реквизиты полиса ДМС; контактный телефон; данные о состоянии здоровья, диагнозе, случаях обращения и оказания медицинской помощи; условиях, сроке, объеме, профиле и результатах оказания медицинской помощи, стоимости лечения.

Обработка персональных данных должна осуществляться в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, а также в целях взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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 персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС, договорам на оказание платных медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией, с которой заключен договор, в соответствии с действующим законодательством, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдение 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.

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

Настоящее согласие дано мной **V**_____ и действует бессрочно.
(дата)

Условием прекращения обработки моих персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку моих персональных данных, с получение которого Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи.

«_____» _____ 20__ г. **V**_____ **V**_____
(подпись) (расшифровка подписи)


## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, пациент (законный пред-ль), _____
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный(ая) по адресу _____
_____

паспорт серия _____ № _____ выдан _____
_____дата выдачи _____

код подразделения _____, контактный телефон _____

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ПСИХОТЕРАПИИ и КЛИНИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИИ «Медицинский центр Клиник-А»**, находящегося по адресу: 680023, г. Хабаровск, ул. Морозова Павла Леонтьевича, 96 пом. 1, (далее – Оператор) предоставленных своих данных, включающих: фамилию, имя, отчество; пол; дату и место рождения; гражданство; данные о документе, удостоверяющем личность; месте жительства, месте и дате регистрации; сведения о социальном статусе, месте работы, профессии, занимаемой должности; реквизиты полиса ДМС; контактный телефон; данные о состоянии здоровья, диагнозе, случаях обращения и оказания медицинской помощи; условиях, сроке, объеме, профиле и результатах оказания медицинской помощи, стоимости лечения.

Обработка персональных данных должна осуществляться в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, а также в целях взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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 персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС, договорам на оказание платных медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией, с которой заключен договор, в соответствии с действующим законодательством, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдение 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.

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

Настоящее согласие дано мной **V**_____ и действует бессрочно.
(дата)

Условием прекращения обработки моих персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку моих персональных данных, с получение которого Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи.

«_____» _____ 20__ г. **V**_____ **V**_____
(подпись) (расшифровка подписи)