ООО «Медицинский центр «МиРиТ» ИНН 2721184340
680000, г. Хабаровск, ул. Пушкина, д. 38, телефон (4212) 91-23-29, 91-23-30
Лицензия: Л041-01189-27/00296502

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
_____года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу _____, паспорт серия_____, номер_____, выдан_____
_____

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" настоящим выражаю свое согласие на обработку **ООО МЦ «МиРиТ»,** расположенному по адресу: 680000 г. Хабаровск, ул. Пушкина, 38, ИНН 27211843401, регистрационный номер в Роскомнадзоре 27-13-000853, (далее - оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес прописки, контактный телефон, адрес электронной почты, данные полиса ОМС, СНИЛС, данные полиса ДМС – при наличии, паспортные данные (или иного документа, удостоверяющего личность), место работы / учебы, должность, специальные категории персональных данных: информацию о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Цель обработки персональных данных: предоставление медицинской помощи (услуги).

Предоставляю Оператору право осуществлять обработку персональных данных, которое включает в себя любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных на срок хранения медицинской документации.

Оператор имеет право:

– при обработке персональных данных вносить их в реестры, базы данных как автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано нормативными документами, так и на бумажном носителе;

- при исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС), на обмен (прием и передачу) персональных данных со страховой организацией;

– с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных действующим законодательством на предоставление, передачу моих персональных данных на врачебную комиссию, экспертизу, в контрольно-надзорные организации, в иные организации, при условии, что передача будут осуществляться с использованием бумажных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа.

– передавать персональные данные другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при личном обращении и при предъявлении документа, удостоверяющего личность. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить: включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование на срок хранения медицинской документации. При этом Оператор продолжает осуществлять хранение всей имеющейся документации на материальном носителе на срок, предусмотренный действующим законодательством с последующим уничтожением.

Дата: _____ / _____
ФИО **подпись**