

## Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (-аяся) \_\_\_\_\_  
проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

Контактный тел (в федеральном формате): \_\_\_\_\_  
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» №1520ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку ООО «32 Белых» (далее-Оператор) моих персональных данных (либо персональных данных несовершеннолетнего/недееспособного), заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (либо персональные данные несовершеннолетнего/недееспособного), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (либо персональных данных несовершеннолетнего/недееспособного), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (либо персональные данные несовершеннолетнего/недееспособного) посредством внесения их в электронную базу данных.

Оператор имеет право на использование своих обязательств по работе в системе ДМС (добровольное медицинское страхование) на обмен (приём и передачу) моими персональными данными (либо персональными данными несовершеннолетнего/недееспособного) со страховой организацией с использованием электронных, бумажных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных моих (либо несовершеннолетнего/недееспособного) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача персональных данных моих (либо несовершеннолетнего/недееспособного) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 года и действует до момента ликвидации ООО «32 Белых».

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных (или законного представителя несовершеннолетнего/недееспособного)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /