

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, Иванов Иван Иванович, 09.12.1991 года рождения проживающий(-ая) по адресу 299003, Севастополь г, Ленинский муниципальный округ, .....

подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Аванта», 299011 г. Севастополь, ул. Балаклавская, дом 3 «В», (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (обязательного медицинского страхования), (ДМС-добровольного медицинского страхования), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, проведения научных исследований при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» N 152-ФЗ.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, извлечение, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, 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 ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет.

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 до этого медицинской помощи.

Контактный(-е) телефон(-ы) \_\_\_\_\_+79.....

и почтовый адрес \_\_\_\_\_

Субъект персональных данных \_\_\_\_\_

Я, подтверждаю, что в целях взаимодействия сторон и информирования меня даю свое согласие на получение рекламно-информационных рассылок от ООО «МЦ «Аванта» о новых медицинских услугах, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках, их результатах, для осуществления заочных опросов с целью изучения мнения о товарах и услугах, в виде СМС-сообщений или опроса по номеру телефона, писем по электронной почте:

В целях реализации настоящего согласия я подтверждаю свое согласие на передачу данных третьим лицам (оператор сотовой связи и/или регулятор).

При подписании настоящего согласия я даю свое добровольное согласие на сбор, обработку, хранение, распространение и использование ООО «МЦ «Аванта» моих персональных данных, в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ «О персональных данных». Все действия с персональными данными необходимы для исполнения настоящего согласия и требований законодательства РФ.

Настоящим я подтверждаю, что:

- 1) Указанные персональные сведения предоставлены сознательно и добровольно;
- 2) Предоставленные данные соответствуют действительности и корректны;
- 3) Согласие дается на неопределенный срок с возможностью одностороннего отзыва в любое время любым из следующих способов: направление письменного уведомления по адресу: 299011, г. Севастополь, ул. Балаклавская, д. 3 «В», отправка электронного письма на адрес: [info@avantaclinic.ru](mailto:info@avantaclinic.ru); обращение по телефону: +79785530001

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. работника)