

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных пациента**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_

Ф.И.О. полностью

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_

дата и название выдавшего органа

- В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку **Обществу с ограниченной ответственностью многофункциональный медицинский центр «СпортМед» (ООО «СпортМед»)** (630099, Новосибирская обл., г. Новосибирск, ул. Романова, д. 28, помещ. 1), далее именуемое – Учреждение-Оператор, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, места регистрации, контактн(ы)й(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрические персональные данные — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях ведения медицинского учета при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Учреждением-оператором мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с персональными данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных автоматизированным и неавтоматизированным способом;

- обработку моих персональных данных 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);

- обмен (прием и передача) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, 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;

- обмен (прием и передача) моими персональными данными с другими операторами, контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики), во исполнение своих обязательств по трудовому договору, 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;

- передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения-оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения-Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет, пять лет – для поликлиники.

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

Положение о защите персональных данных пациентов **ООО «СпортМед»**, размещены на сайте [www.sportmed54.com](http://www.sportmed54.com)

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением-оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

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