

СОГЛАСИЕ**на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента**

Я, _____,

(Ф. И. О. полностью)

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
проживающий(ая) по адресу : _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю
согласие ООО «_____», расположенной по адресу

г. _____ и представителям ООО «_____», на обработку
моих персональных данных (данных моего ребенка)

_____ , включающих в себя:

(Ф. И. О. полностью)

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС
(ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные
данные, слепки зубов, данные рентгенологических исследований, данные о состоянии здоровья, заболеваниях,
случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления
медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом,
профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с
законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания ООО «_____» мне (моему ребенку) медицинской помощи я предоставляю право
представителям ООО «_____» передавать мои персональные данные (в том числе специальные),
содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО «_____»
в интересах моего (моего ребенка) обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения
экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Представляю ООО «_____» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными
данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование,
обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «_____» вправе обрабатывать мои персональные
данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные
формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов),
в частности, договорами ДМС (ОМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов
и составляет 25 лет (для стационара), 5 лет (для поликлиники или частной медицинской организации).

Срок действия настоящего согласия – бессрочно. Способ отзыва согласия – путем отправки заказным письмом
с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя
ООО «_____».

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных
данных ООО «_____» обязана прекратить их обработку в течение периода времени,
необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне (моему ребенку) до этого медицинской
помощи, и хранить в течение 5 лет, а после этого сдать в архив или уничтожить.

Дата _____

Подпись _____ / _____