

Согласие на обработку персональных данных.

Нижеподписавшийся: Ф.И.О. *Написать фамилию, имя и отчество.*

Адрес (регистрации): *Написать адрес по паспорту.*

Документ, удостоверяющий личность: *Написать паспорт, его номер, его серию, дату и место выдачи.*

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006. №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю согласие на обработку БУЗ ВО «ВГКП №1», юр. адрес: г. Воронеж, пр-т Революции, д.23 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой № индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России(СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью: в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну (ст.10 ФЗ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»).

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

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор в праве обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, в том числе предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (по договору ДМС), анкеты.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организации и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа при условии, что прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Оператор вправе передавать мои персональные данные по запросу уполномоченных органов: суда, правоохранительных органов, отраслевого вышестоящего органа и пр.

Срок хранения моих персональных данных в регистратуре составляет 5 лет. Передача моих персональных данных иными лицами или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной *написать дату* 2017 г. и действует бессрочно.

С правом отозвать согласие на обработку персональных данных я ознакомлен *написать дату* 2017 г.

Подпись субъекта персональных данных *Поставить свою подпись*