

## **Согласие на обработку персональных данных при получении медицинской помощи в СО АНО «Первый консалтинговый институт социально-экономического развития»**

Я, \_\_\_\_\_ проживающий(щая) по адресу \_\_\_\_\_, паспорт: серия номер , выдан , в соответствии с требованиями статьи 9 №152 –ФЗ от 27.07.06г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку СО АНО "Первый консалтинговый институт социально-экономического развития" (далее – «Исполнитель») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты паспорта, полиса ДМС, 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. В процессе оказания «Исполнителем» мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам «Исполнителя», в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю «Исполнителю» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. «Исполнитель» 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) по договору ДМС.

«Исполнитель» имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организации \_\_\_\_\_ с использованием электронных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иными лицами или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной на период наблюдения в СО АНО "Первый консалтинговый институт социально-экономического развития" а также на период хранения моих персональных данных, соответствующий сроку хранения первичных медицинских документов и действует бессрочно.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных «Исполнитель» обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы): тел.

Почтовый адрес:

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. лица давшего согласие)