**ООО "УЗИ Центр"**  
**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, ФИО пациента Дата рождения пациентазарегистрированный по адресу: Адрес регистрации пациента паспорт: Серия паспорта Номер паспорта Кем выдан паспорт Дата выдачи паспорта

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку своих персональных данных оператору ООО «УЗИ Центр», находящегося по адресу: 681013 , г. Комсомольск-на-Амуре, пр-кт. Первостроителей, 32, помещение 1002 (далее - Оператор). Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:  
Медицинская организация министерства здравоохранения Хабаровского края ООО “УЗИ Центр”  
Юридический адрес: г. Комсомольск-на-Амуре, пр-кт. Первостроителей, 32, помещение 1002  
Почтовый адрес: 681013 , г. Комсомольск-на-Амуре, пр-кт. Первостроителей, 32, помещение 1002  
Включающих: фамилию, имя, отчество; пол; дату и место рождения; гражданство; данные о документе, удостоверяющем личность; месте жительства, месте и дате регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС); сведения о социальном статусе, месте работы, профессии, занимаемой должности; реквизиты полиса ОМС (ДМС); контактный телефон; данные о состоянии здоровья, диагнозе, случаях обращения и оказания медицинской помощи; условиях, сроках, объеме, профиле и результатах оказания медицинской помощи, стоимости лечения.  
Обработка персональных данных должна осуществляться в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, а также в целях взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи, при условии, что их прием и обработка будут, осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.  
Предоставляю Оператору право осуществлять все действие (операции) с моими (ребенка) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, 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 (договорам ДМС, договорам на оказание платных медицинских услуг).  
Оператор имеет право в исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моих (ребенка) персональных данных со страховой медицинской организацией, с которой заключен договор, территориальным фондом ОМС, с организацией или соответствующим территориальным органом федерального органа исполнительной власти, в соответствии с действующим законодательством, 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.  
Срок хранения моих (ребенка) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники). Передача моих (ребенка) персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.  
Настоящее согласие дано мной ФИО пациента  Текущая дата  и действует бессрочно.  
Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в мой 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 течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.  
Контактный телефон: Телефон пациента   
Дата Текущая дата

Подпись гражданина: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ФИО пациента

Подпись оператора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ФИО медработника