

## СОГЛАСИЕ

### на обработку персональных данных

**Я, (Ф.И.О. гражданина полностью),** в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГУЗ «Клиническая поликлиника № 28» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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 в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется штатным сотрудником Оператора, допущенным к обработке персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их на электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС и ДМС. Я предоставляю Оператору право передавать мои персональные данные в интересах моего обследования и лечения другим должностным лицам Оператора, ГБУЗ "ВОМИАЦ" для хранения (без права ознакомления) и дальнейшей передачи сведений в медицинские организации, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "акушерство и гинекология" с целью решения вопроса о диспансерном наблюдении девушек и женщин фертильного возраста врачом-акушером-гинекологом и организации своевременной прегравидарной подготовки при необходимости.

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными во исполнение своих обязательств перед страховыми медицинскими организациями в системе ОМС и ДМС и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

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

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною 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 течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

**Подпись субъекта персональных данных:** \_\_\_\_\_