СОГЛАСИЕ

**на обработку персональных данных и передачу третьим лицам**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | (Ф. И. О. гражданина) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  |  г. рождения, зарегистрированный по адресу: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | , |
| (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) |  |

в отношении

|  |  |
| --- | --- |
|  | . |

в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГУЗ ЯО «Клиническая больница № 8» (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: Ф.И.О., пол, дату рождения, адрес места жительства, сведения о месте работы, документ, удостоверяющий личность, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), код льготы, СНИЛС в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о страховой медицинской организации, в которой застрахован пациент, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, код МКБ-10 основного, сопутствующего диагноза, код травмы, даты обращения в ЛПУ, даты начала и окончания лечения в стационаре, признак результата лечения, признак беременности, даты регистрации нетрудоспособности, признак и код инвалидности, в 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 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, обработку персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

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 организацией, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

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

Яоставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

Контактный телефон(ы): \_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных (его законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_