

## Согласие гражданина (законного представителя) на обработку своих персональных данных (ПД)

Я, \_\_\_\_\_  
зарегистрированный по

адресу: \_\_\_\_\_

Данные паспорта: серия

номер

выдан

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Медицинский центр «МАЛС» (187110, г. Кириши, ул. Пионерская, дом 10) (далее - Оператор) моих персональных данных, **включающих:**

- фамилию, имя, отчество; - пол; - дату рождения; - адрес проживания (регистрации); - данные паспорта; - контактный телефон; - реквизиты полиса ОМС (ДМС); - страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); - место работы; - 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 Оператором мне медицинской помощи (амбулаторно и/или в условиях стационара) 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, передача в Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Территориальные и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, страховую медицинскую организацию. Оператор 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 договорам ДМС.

### **Настоящее согласие действует бессрочно.**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной 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

\_\_\_\_\_ дата. год