**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

|  |
| --- |
| Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (фамилия, имя, отчество) |
| проживающий по адресу (по месту регистрации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ название выдавшего органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , |
|  |

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку Обществу с ограниченной ответственностью «Дентал-Косметик», находящегося по адресу г.Южно-Сахалинск, ул.Курильская, д.55 (далее по тексту Оператор) моих персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счёта 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 платных 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, страховым медицинским компаниям, ТФОМС, а также в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее-ЕГИСЗ).

Настоящим даю согласие Оператору на совершение следующих действий с моими персональными данными:

- сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение;

- получение и передачу моих персональных данных путем подачи документов и получения запросов в отношении органов местного самоуправления, государственных органов и организаций любых форм собственности.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные автоматизированным и иным другим способом, посредством внесения их в электронную базу данных, в том числе в ЕГИСЗ, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов) договором ДМС, а также в целях необходимых для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств, в том числе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, Территориальным фондом ОМС, страхователем, Фондом социального страхования РФ, учреждением медико-социальной экспертизы и другим медицинскими организациями, 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 действия настоящего согласия 25 лет с момента подписания, так как срок хранения моих персональных данных должен соответствовать сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет, либо до момента отзыва мной настоящего согласия.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку, при этом, хранение моих персональных данных должно осуществляться в течении 25 лет, соответственно установленному сроку хранения медицинской карты. Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных при наличии оснований, указанных в [пунктах 2](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=389193&dst=100260&field=134&date=29.07.2022) - [11 части 1 статьи 6](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=389193&dst=100269&field=134&date=29.07.2022), [части 2 статьи 10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=389193&dst=100082&field=134&date=29.07.2022) и [части 2 статьи 11](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=389193&dst=100306&field=134&date=29.07.2022) закона о персональных данных.

|  |
| --- |
| Контактный(е) телефон(ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_