

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)  
Проживающий по адресу \_\_\_\_\_,  
(по месту регистрации)  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(дата и название выдавшего органа)

Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун) несовершеннолетнего пациента  
(нужное подчеркнуть)

ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 5 \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

Свидетельство о рождении/паспорт несовершеннолетнего (серия, номер, дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку ГАУЗ «Детская городская поликлиника №5» по адресу РТ, г. Набережные Челны, пр. Сююмбике д.45 (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный (е) телефон(ы), 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 — 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 услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора и иным медицинским работникам, в интересах моего состояния здоровья.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов) по ОМС (договором ДМС)

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_ и территориальным фондом ОМС с (название, адрес)

использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут, осуществляется лицом, обязанным сохранять конфиденциальность персональных данных .

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет (двадцать пять лет)

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

Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать своё 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 взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный (е) телефон(ы) \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /