

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

Я, пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_  
Ф.И.О полностью

Проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
по месту регистрации

Паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
серия и номер

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152 – ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ОРАЛ КЛИНИК», адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Дзержинского, 64 (далее – Оператор) предоставленных своих данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, данные о документе удостоверяющем личность, контактные телефоны, реквизиты полиса ДМС, сведения о социальном статусе, месте работы, профессии, должности, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, в случаях обращения и оказания медицинской помощи, в целях установления медицинского диагноза оказания медицинских услуг, а также в целях взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Я 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 данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов, договорами на оказание платных медицинских услуг, договорам ДМС). Оператор в праве во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией с которой заключен договор, с организацией или соответствующим территориальным федеральным органом исполнительной власти, в соответствии с действующим законодательством, 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, осуществляться лицом, обязанным сохранить профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет <двадцать пять лет>.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.  
дата

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие, посредством моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку моих персональных данных, с получением которого Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

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