

ОБЩЕСТВО ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ	С ОГРАНИЧЕННОЙ “ЭВ-КЛИНИКА”	Приложение № 2 к Договору оказания платных медицинских услуг
------------------------------	--------------------------------	---

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____

(Ф.И.О. полностью представителя)

Паспорт серия _____ номер _____ выдан _____
дата выдачи _____

Проживающий по адресу(по месту регистрации) _____

Телефон: _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «ЭВ-КЛИНИКА»** (117208, г.Москва, ул.Чертановская, д.9, строение 3) (далее - Оператор) моих (моего ребенка) персональных данных, персональных данных представляемого мной

(Ф.И.О.),

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (моего ребенка) персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (моего ребенка) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию -заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе во исполнении своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДСМ) осуществлять обмен прием и передачу моими (моего ребенка) персональными данными со страховой медицинской организацией и 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 будут осуществляться лицом , обязанным сохранять персональную тайну.

Срок хранения моих (моего ребенка) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

(дата)

Дата _____

Подпись _____