

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

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_,  
(по месту регистрации)  
паспорт \_\_\_\_\_,  
(серия, номер, дата выдачи)  
\_\_\_\_\_,  
(наименование выдавшего органа)

В соответствии с положениями части 1 статьи 23, статьи 24 Конституции Российской Федерации, Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Постановления Правительства РФ №1119 от 01.11.2012 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных», Постановления Правительства РФ №687 от 15.09.2008 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации», Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставляю свое согласие на обработку ООО «МЦ «МИРТ», 156001, г. Кострома, Инженерный переулок, д. 18, ИНН 4401050775, (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета 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 медицинских услуг с целью оказания мне медицинской помощи, предоставления отчетности в территориальный фонд обязательного медицинского страхования об объеме оказанных услуг, предоставления персональных данных в страховые медицинские организации с целью получения страховых выплат при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в виде электронного документа с использованием электронной цифровой подписи, факсимильной подписи, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения-оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения-Оператора, профессионально занимающихся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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 отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями 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 профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять обмен (прием и передача) моими персональными данными с другими операторами, контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики) 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.

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

**Настоящее согласие действует до момента прекращения деятельности ООО «МЦ «МИРТ» или отзыва согласия.**

**Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_

(Подпись)

(Инициалы, фамилия)