**Согласие на обработку персональных данных пациента**

Я, \_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку Общество с ограниченной ответственностью «Биокор Клиник» (ООО «Биокор Клиник) (далее - Оператор), место нахождения: Российская Федерация, 440026, г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 3, моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата и место рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

ООО «Биокор Клиник» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

Я проинформирован(а), что в ООО «Биокор Клиник» будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированном, так и автоматизированном способом, а также смешанным способом.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я даю согласие/Я не даю согласие (нужное подчеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS- сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование и т.д. на указанный мой номер мобильного телефона: \_\_\_\_\_\_.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

(подпись) (расшифровка подписи)

Согласие получено «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. и действует бессрочно.