

## Согласие на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну, медицинским учреждением.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,

(далее «Пациент»), в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, а также ст. 13 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ, даю согласие на:

1) обработку обществом с ограниченной ответственностью «МГМЦ «Интермедцентр», ОГРН 1077761370169, располагающемуся по адресу: г. Москва, 4й Монетчиковский пер., д. 1/6, стр. 3 (далее «Оператор»), моих персональных данных, а именно: паспортные данные, фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (при его наличии), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном Фонде РФ (СНИЛС), данные о состоянии здоровья в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг;

2) разглашение и передачу медицинским работникам и иным лицам Оператора, а также медицинским работникам иных организаций, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации обязаны сохранять врачебную тайну, сведений, составляющих врачебную тайну (сведения о фактах моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении) в интересах моего обследования и лечения.

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

В случае обслуживания по договору ДМС (или иному договору на медицинское обслуживание с юридическим лицом в мою пользу (далее «иной Договор»)), или при направлении на медицинское обследование страховой компанией Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по договору ДМС (иному Договору) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (или иной организацией, заключившей договор в мою пользу) 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 сохранить профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, а также сведений, составляющих врачебную тайну, может осуществляться только с моего согласия, в том числе при указании конкретного лица в Договоре на оказание платных медицинских услуг или при составлении отдельной доверенности, подлинник которой должен храниться у Оператора.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною 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 Оператор обязан прекратить обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне медицинской помощи.

Я уведомлен, что в соответствии с Приказом Минздрава СССР от 30.05.1974 N 493 "О введении в действие "Перечня документов со сроками хранения Министерства здравоохранения СССР, органов, учреждений, организаций, предприятий системы здравоохранения" Оператор обязан хранить медицинскую документацию в течение установленных сроков, и на эту обязанность Оператора не может повлиять отзыв настоящего согласия.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года и действует до дня его отзыва в письменной форме.

Пациент

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

