

**Информированное добровольное согласие
на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавший(ая)ся _____

(Ф., И., О. полностью)

Адрес регистрации: _____,

Паспорт: номер, дата выдачи _____ кем выдан _____

Являюсь законным представителем Пациента _____,

в соответствии с требованиями ст. 9 федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ, своей волей, в своем интересе и в интересах несовершеннолетнего, даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего, законным представителем которого являюсь, ООО «Взгляд», (ЛЦ «Очкофф»)(далее Оператор) место нахождения: г. Магнитогорск, пр-т Ленина, д.78 Корп. 1, ИНН 7456026576, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты документов, удостоверяющих личность, реквизиты свидетельства о рождении, данные о состоянии моего здоровья и здоровья моего ребенка, заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные и персональные данные моего ребенка, в том числе сведения, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия 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.

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.

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Настоящее согласие дано мной _____ 2019г. и действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления письменного документа, который может быть направлен мной 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 на обработку персональных данных. Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____

Подпись _____