Приложение №3

к Положению о защите, хранении

и обработке персональных данных

в ООО «Областной медицинский центр»

(вторая редакция)

Генеральному директору

ООО «Областной медицинский центр»

Усановой А.А.

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных пациента**

Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(дата и название выдавшего органа)

представляю самого себя или \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ "О персональных данных", и ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, в целях ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку **ООО “Областной медицинский центр”**, расположенным по адресу: 302028, г. Орел, ул. Пионерская 10а (далее – Оператор), моих персональных данных**,** включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный̆(е) телефон(ы), реквизиты паспорта (или иного документы, удостоверяющего личность), полиса ОМС (ДМС), страховой̆ номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской̆ помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской̆ деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской̆ помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий̆ перечень действий̆ с моими персональными данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом;

- обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС;

- обмен (прием и передача) моими персональными данными с другими операторами, контролирующими органами (Пенсионный̆ фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный̆ орган государственной̆ статистики), во исполнение своих обязательств по трудовому договору, с использованием машинных носителей̆ 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.

- передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам 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 внутренней̆ сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Оператора, включенных в соответствующий̆ Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской̆ деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской̆ карты) и составляет двадцать пять лет, пять лет – для поликлиники.

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

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите, хранении и обработке персональных данных в **ООО “Областной медицинский центр”.**

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.