

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, ниже подписавшийся, Ф.И.О. полностью \_\_\_\_\_

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

по месту регистрации \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан (дата выдачи) \_\_\_\_\_

(название выдавшего органа) \_\_\_\_\_

**Являюсь законным представителем недееспособного лица**

Ф.И.О. недееспособного лица полностью \_\_\_\_\_

Дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

В соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку санаторно-курортным учреждением профсоюзов Республики Бурятия «Байкалкурорт», юридический адрес: 670001, Республика Бурятия, г.Улан-Удэ, ул.Коммунистическая, д. 49 (далее – Оператор)

**моих персональных данных/данных лица, законным представителем которого я являюсь** (нужное подчеркнуть) включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, род занятий, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде Росси (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, оказания санаторно-курортных услуг, включая услуги проживания, питания, 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 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 персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в бумажные носители, электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договору ДМС), другие утвержденные отчетные формы.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по оказанию мне/представляемому лицу санаторно-курортных услуг, по работе в системе ОМС (по договору – ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховыми медицинскими организациями, выдавшими мне/представляемому лицу полис ОМС (ДМС) 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.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет.

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

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего 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 взаимозачетов по оплате оказанной мне/представляемому лицу до этого медицинской помощи. Я предупрежден, что отзыв не будет иметь обратной силы в отношении персональных данных, прошедших обработку до вступления в силу такого отзыва.

Контактный телефон (ы): \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_