

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных
Я, <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ> ,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу _____,
(по месту регистрации)
паспорт _____,
(серия, номер, дата выдачи)

(наименование выдавшего органа)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим выражаю свое согласие на обработку **Закрытому Акционерному Обществу «Научно-производственное акционерное общество «ЭХО»**, расположенному по адресу: 121029, г. Москва, Смоленская площадь, д. 3 (далее - оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (дополнительного медицинского страхования), страховой номер индивидуального лицевого счета, паспортные данные, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные методы обследования.

В процессе оказания Оператором мне 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.

В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, осуществление информационного обмена указанными данными посредством единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

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).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

Настоящее согласие дано мной <ДАТА> 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 взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____
и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____