

Согласие на обработку персональных данных

я, **ФИО пациента** , **Дата рождения пациента** , зарегистрированного по адресу: **Адрес регистрации**
пациента

адрес места жительства **Адрес места жительства пациента**
в соответствии с требованиями ст. 9 Закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие ООО «МЦ НЕЙРОДОН» на обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания мне медицинской помощи, в целях моего обследования и лечения, я предоставляю ООО «МЦ НЕЙРОДОН» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, предоставление, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. ООО «МЦ НЕЙРОДОН» 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 (договором ДМС) и при работе с ЕГИСЗ.

ООО «МЦ НЕЙРОДОН» имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) ЕГИСЗ , на обмен (прием и передачу) моими персональными данными , 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 (медицинской карты).

Настоящее согласие дано мной **Дата заявки** . и действует _____(бессрочно). Оно может быть отозвано письменно путем обращения в ООО «МЦ НЕЙРОДОН», по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручения под подпись представителю ООО «МЦ НЕЙРОДОН».

Подпись пациента _____ (**ФИО пациента**)

Принял сотрудник _____(**Врач (инициалы)**)

Текущая дата