

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся Ф.И.О. _____
полностью проживающий по адресу (по месту регистрации).

Паспорт серия _____

Выдан дата _____ название выдавшего органа
_____.

В соответствии с требованиями 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ. Подтверждаю свое согласие на обработку ООО «» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, о 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, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, наполнение, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими представление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ (и территориальным _____ фондом _____ ОМС)

_____ с
использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением, обеспечивающих их защиту от несанкционированного допуска, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Мне было предложено предоставить персональные данные для передачи в ЕГИСЗ. Я, не даю свое согласие на передачу данных в Единую государственную информационную систему здравоохранения. Дальнейших претензий к организации ООО «Жемчужина» по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

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

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

Настоящее согласие дано мною 06 октября 2025 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 течении периода времен, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон +7 (918) 520-98-86

почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____/_____