**ООО «ИМУНОЛАБ»**

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.гражданина)  
Зарегистрирован (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ **даю согласие на обработку своих персональных данных оператору ООО «ИМУНОЛАБ»**, находящегося по адресу: 680000, г. Хабаровск, ул. Гоголя, 39

(далее- Оператор).

**Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**   
Медицинская организация министерства здравоохранения Хабаровского края

**ООО «ИМУНОЛАБ»**   
Юридический адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Гоголя, д. 39, пом. II (4;6)

Почтовый адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Гоголя, д. 39, пом. II (4;6)  
**Включающих :** **фамилию , имя, отчество**; пол; **дату и место рождения**; гражданство; **данные о документе,** **удостоверяющем личность; месте жительства, месте и дате регистрации;** страховой номер индивидуального лицевого счета(СНИЛС); сведения о социальном статусе, месте работы, профессии, занимаемой должности; реквизиты полиса ОМС(ДМС); **контактный телефон; данные о состоянии здоровья, диагнозе, случаях обращения и оказания медицинской помощи; условиях, сроках, объеме, профиле и результатах оказания медицинской помощи, стоимости лечения.**

**Обработка персональных данных должна осуществляться в медико-профилактических целях**, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, а также в целях взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, **обязанным сохранять профессиональную тайну**.

**Предоставляю Оператору право** осуществлять все действие (операции) с моими (ребенка) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

**Оператор вправе обрабатывать 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 (договорам ДМС, договорам на оказание платных медицинских услуг).**

Оператор имеет право в исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС ) на обмен (прием и передачу) моих (ребенка) персональных данных со страховой медицинской организацией, с которой заключен договор , территориальным фондом ОМС, с организацией или соответствующим территориальным органом федерального органа исполнительной власти, в соответствии с действующим законодательством, 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 моих (ребенка) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), **пять лет (для поликлиники).**

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

Настоящее согласие дано мной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.  
   
Подпись гражданина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  
   
Подпись оператора:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/