

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА

Я, нижеподписавшийся: \_\_\_\_\_  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
паспорт \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона: «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ и статьи 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 №5487-1, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника доктора Куприна» (далее Клиника) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные данные, реквизиты паспорта (документа удостоверяющего личность), данные страхового медицинского полиса, данные о состоянии моего здоровья, диагнозе моего заболевания, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Клиникой мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Клинике право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, использование, блокирование, уничтожение. Клиника вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных Клиники. Клиника имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен, прием и передачу моих персональных данных со страховой медицинской компанией или другим медицинским учреждением, задействованным в лечебном процессе с соблюдением всех мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, при условии, что прием и обработка их будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную и служебную тайну. Иных действий, предусмотренных действующим законодательством, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в объеме необходимом для достижения целей обработки.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Срок действия согласия бессрочно. Передача моих данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. О моем состоянии здоровья и диагнозе разрешаю информировать:

\_\_\_\_\_  
Мною получено подтверждение гарантии конфиденциальности данных передаваемых Клинике. Настоящее согласие дано мной представителю Клиники: \_\_\_\_\_

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в мой адрес Клинике по почте с заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Клиники на имя руководителя Клиники.

В случае получения моего заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Клиника обязана:

Прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате мне медицинских услуг.

По истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных уничтожить все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Клиники, включая все копии, без уведомления меня об этом.

**Подпись пациента персональных данных:** \_\_\_\_\_

**Представитель Клиники:** \_\_\_\_\_

**Реквизиты регистрации документа:** \_\_\_\_\_