Приложение 3
к Положению о защите персональных
данных работников и клиентов
ООО «Медицинский центр «Новая лаборатория»

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____,
<Фамилия Имя Отчество пациента, законного представителя пациента>

проживающий по адресу _____, паспорт_____,
<по месту регистрации> <серия и номер>

Выдан _____, в соответствии с требованиями статьи
<дата и название выдавшего органа>

9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие ООО «Медицинский центр «Новая лаборатория» (далее — Оператор) на обработку персональных данных (сведений) обо *мне (и моем ребенке)* и нашей семье в
<нужное подчеркнуть, и далее по тексту>

целом, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о *моем (и моего ребенка)* состоянии здоровья, заболеваниях, 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 медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные обо *мне (и моем ребенке)*, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с *моими (и моего ребенка)* персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать наши 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).

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

фондом ОМС 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

В случаях, когда оказание услуг оператора производится с привлечением третьих лиц, оператор имеет право на обмен (прием и передачу) *моими (и моего ребенка)* персональными данными с привлеченными третьими лицами 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Данное Согласие может быть мной отозвано в любой момент по соглашению сторон.

Контактный телефон (ы) _____ и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных (представителя субъекта)_____