

**Приложение № \_\_\_\_\_**  
к приказу генерального директора  
ООО «Лечебно-диагностический центр «Кутузовский»  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2012 г.

**Согласие пациента  
на обработку персональных данных ООО «Лечебно-диагностический центр «Кутузовский»**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (кем, когда)

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 и ст. 13 Федерального закона «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011, подтверждаю свое согласие на обработку медицинским центром **ООО «Лечебно-диагностический центр «Кутузовский»**, расположенному по адресу: г. Москва, ул. Давыдовская, д. 5 (далее – **Оператор**) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), данные о состоянии моего 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 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, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором между Оператором и страховой компанией по программе ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией 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 персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ 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.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_