

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся _____,
(Ф.И.О. полностью)

Дата рождения _____

прописан по адресу: _____,

паспорт: серия: _____ номер: _____, выдан: _____,

дата: _____.

свидетельство о рождении 1 ребёнка: Ф.И.О. _____,

Дата рождения: _____, серия: _____, № _____,

дата выдачи: _____.

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Реацентр Астрахань», 414028 г. Астрахань, ул. Адмирала Нахимова, д.70 Г, литер А, (далее – Оператор) моих персональных данных и данных моего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты ДМС, данные о 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 медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные и данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

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

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, 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 и данных моего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в амбулаторно-поликлинических отделениях и составляет пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата)

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 течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных до этого медицинских услуг.

Контактный телефон: _____

Подпись субъекта персональных данных _____