

к Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 г.

на оказание платных медицинских услуг

## СОГЛАСИЕ

## на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ /законный  
представитель/ \_\_\_\_\_, проживающий \_\_\_\_\_ по  
адресу \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_ серия и номер \_\_\_\_\_, выдан  
\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Детская краевая клиническая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее - Оператор) моих персональных данных (несовершеннолетнего ребенка), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья (несовершеннолетнего ребенка), 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 (несовершеннолетнему ребенку) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (несовершеннолетнего ребенка) 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 (несовершеннолетнего ребенка) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, 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 (договором ДМС).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

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

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 оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г.

Подпись