**Государственное учреждение здравоохранения**

**«Областной врачебно-физкультурный диспансер»**

**СОГЛАСИЕ** субъекта персональных данных

**на обработку и хранение данных**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента или законного представителя)

представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, год рождения пациента)

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» **даю свое согласие** ГУЗ «ОВФД» (398002, г. Липецк, ул. Семашко, д.8а), именуемое в дальнейшем Оператор, **на обработку персональных данных моих(моего ребенка),** включающих: фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, адрес проживания, пол, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о 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 хранить врачебную тайну.

В процессе оказания мне (моему ребенку) Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (моего ребенка) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего (моего ребенка) обследования и лечения.

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

Оператор вправе обрабатывать мои (моего ребенка) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы.

Оператор имеет право на передачу моих (моего ребенка) персональных данных для дальнейшей обработки в региональных медицинских центрах и органах власти, осуществляющих руководство и контроль в области здравоохранения, территориальным фондам обязательного медицинского страхования и медицинским страховым организациям при условии заключения договоров, защищающих мои (моего ребенка) права, со всеми участниками информационного обмена и соблюдения всеми участниками обмена норм хранения, обработки, ограничения доступа к персональным данным, предусмотренным законодательством РФ.

Срок хранения моих(моего ребенка) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет для стационара и 5 лет для поликлиники.

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

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён лично под расписку представителю Оператора.

Субъект персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_