Общество с ограниченной ответственностью «Жемчужинка»
Юридический адрес: 617060, Россия, Пермский край, г.Краснокамск, ул.Уральская, 3.
Почтовый адрес: 617060, Пермский край, г.Краснокамск, ул.К.Либкнехта, 17.
ИНН/КПП 54016057108/591601001

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО «ЖЕМЧУЖИНКА»

Я, _____(*Ф.И.О. полностью*),

проживающий по адресу_____**(по месту регистрации),**

паспорт серия и номер_____**, выдан: дата** ___.___._____ **название органа выдавшего паспорт**_____

_____,

Я, _____.
ФИО полностью пердставителя субъекта персональных данных),

проживающий по адресу_____(по месту регистрации),

паспорт серия и номер_____**, выдан: дата** ___.___._____ **название органа выдавшего паспорт**_____

_____,

_____
реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Жемчужинка» моих биометрических персональных данных (слепки, рентгеновские снимки, фотографии) в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, проводить фото и видеосъёмку, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ООО «Жемчужинка» право осуществлять все действия с моими биометрическими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои биометрические 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 персональными данными со страховой медицинской организацией [и территориальным 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. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет **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.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления требования, которое должно содержать мои фамилию, имя, отчество, мою контактную информацию (номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес). В случае получения такого требования, Оператор обязан прекратить обработку моих биометрических персональных данных немедленно.

ФИО и подпись субъекта персональных данных (пациент)

_____