

## СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью), зарегистрированный по адресу:

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_

(дата и название выдавшего органа) в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", в целях оказания медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных ООО «АВП РУС», расположенному по адресу: 127473, г. Москва, ул. Селезневская, д. 32, и партнерами группы Allianz (далее Учреждение), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания Учреждением мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными: - обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом; - обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), 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; - обмен (прием и передача) моими персональными данными с операторами, контролирующими органами, 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; - передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, но не более, чем требует цель обработки. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия. Подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах. Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. и действует в течение срока хранения. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных. Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания.

**Подпись субъекта персональных данных:** \_\_\_\_\_

Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_