

**Согласие на обработку персональных данных
ООО «Центр коррекции и восстановления зрения»**

Я, нижеподписавшийся(ая), _____
проживающий(ая) по адресу: _____,
_____ , паспорт
выдан (дата, наименование выдавшего органа) _____
законный представитель (опекун/попечитель) _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Центр коррекции и восстановления зрения» (400001, г. Волгоград, ул. Академическая, д. 14/1, комната 208, ОГРН 1193443005502 ИНН 3460075963) (далее - Оператор) моих персональных данных (персональных данных представляемого), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, место рождения, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои 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 персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по обязательному медицинскому страхованию.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом обязательного медицинского страхования, подразделениями фонда социального страхования, комитетом здравоохранения Волгоградской области, с использованием цифровых 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.

Настоящее согласие дано мной добровольно, действует со дня его подписания, до дня отзыва в письменной форме.

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.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /

« _____ » _____ 20 _____ г.