В ГБУЗ СО «Московская больница № 1»

**СОГЛАСИЕ**
**пациента на обработку персональных данных**

Я, Зайцев Петр Алексеевич, 18.08.1989 года рождения, паспорт серии 45 06 № 569812 выдан ОВД Нагатинского р-на г. Москвы 02.08.2011, проживающий по адресу: г. Москва, ул. Лесная, д. 20, кв. 141, руководствуясь статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ГБУЗ СО «Московская больница № 1» (далее — Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на обработку и использование своих персональных данных, персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии моего 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 Оператором мне 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, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, 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 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 ООО «Астро-Страхование» 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

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

Настоящее согласие дано мной 19.03.2023 и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

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.

Зайцев П.А. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 19.03.2023

Согласие получено 19.03.2023.

Уполномоченный представитель медицинской организации:

Петров Н.И. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_