

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

в соответствии со ст. 9, п. 4 ст. 9, п. 1 ч. 2 ст. 10, ч. 1 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации)  
документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (наименование документа, его номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ДЖИ ЭМ ЭС ХОСПИТАЛЬ» (ОГРН 1167746053749, ИНН/КПП 7708278775/770801001), находящемуся по адресу: 129090, г. Москва, ул. Каланчевская, д.45, (далее - «Оператор») на обработку моих персональных данных, включающих в себя: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, адрес, семейное положение, контактные телефон(ы), биометрические персональные данные, данные о состоянии моего здоровья, интимной жизни, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг и в иных медико-профилактических целях 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, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. 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).

Меня проинформировали, что Оператор имеет право во исполнение своих обязательств предоставлять мои персональные данные, данные о состоянии моего здоровья, лечения и обследования экспертам клиники, органам власти и организациям, осуществляющим контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации 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 не более двадцати пяти лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Настоящее согласие действует бессрочно. 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, кроме случаев, установленных законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано мной

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

\_\_\_\_\_ (подпись субъекта персональных данных)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года