**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающий/(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ/паспорт гражданина Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, 443079, г. Самара, пр. Карла Маркса, 165б (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, адрес регистрации, контактный телефон, мое изображение, место работы, данные паспорта (иного документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС и (или) ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (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, в том числе с применением телемедицинских технологий, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я представляю 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), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, распространение в соответствии с законодательством РФ. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, и (или) договором ДМС, и (или) договором платных медицинских услуг. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, и(или) по договору ДМС, и(или) договору платных медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со следующими организациями: страховыми медицинскими организациями Самарской области, территориальным фондом ОМС Самарской области, вышестоящими органами управления здравоохранением и контролирующими органами, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием, обработка будут осуществляться с соблюдением всех требований по обеспечению конфиденциальности и безопасности персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной и 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.

Контактные телефоны:                                                                               Подпись: