

**Согласие  
на обработку моих персональных данных**

г. Краснодар

\_\_\_\_\_ .2024

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. субъекта персональных данных

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона РФ № 152 «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «Многопрофильный медицинский центр Клиника ЮМР»** в г. Краснодаре, именуемое далее Оператор моих и/или моего ребенка персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления клинического диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания мне Оператором моих персональных данных медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора моих персональных данных в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю право Оператору моих персональных данных совершать все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор моих персональных данных 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 по договорам.

Оператор моих персональных данных имеет право во исполнение своих обязательств по договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой организацией с использованием электронных 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 и составляет пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной 06.06.2024 г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора моих персональных данных по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично по расписку представителю Оператора моих персональных данных.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор моих персональных данных обязан прекратить их обработку в течении периода времени необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Тел. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ /  
подпись

\_\_\_\_\_ /  
Ф.И.О. субъекта персональных данных