

**Согласие
на обработку персональных данных пациента**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____,
паспорт серия _____ № _____, выдан: _____
от _____

Данный раздел заполняется в случае обработки персональных данных несовершеннолетних или недееспособных лиц:
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным: (далее по тексту – «представляемый»)
_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку Акционерным обществом «Санаторий "Чувашия"», расположенным по адресу: Чувашская Республика-Чувашия, г. Чебоксары, п. Сосновка, ул. Санаторная, д. 5 (далее - Оператор) моих персональных данных/персональных данных представляемого мною лица, в том числе на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных ниже целей, включая (без ограничения) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства Российской Федерации, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без такого использования.

- Настоящее согласие дается для обработки персональных данных в целях:
- медико-профилактических (для установления медицинского диагноза, определения методики лечения заболеваний, оформления медицинской документации, оказания всех видов медицинских услуг),
 - соблюдения миграционного законодательства (для оформления необходимой учетной документации и совершения всех действий, связанных с регистрационным учетом граждан в период пребывания в санатории)
 - обработки информации в информационной системе персональных данных санатория, включая передачи полученной информации по локальной сети организации и по сети Интернет;
 - регистрация сведений, необходимых для оказания услуг при: пользовании библиотекой, пунктом проката, организации экскурсий и других, предоставляемых в период пребывания в санатории.

Настоящее согласие распространяется в отношении обработки следующих персональных данных: фамилию, имя, отчество; паспортные данные; пол, дату и место рождения, социальное, имущественное и семейное положение; адрес регистрации по месту жительства; фактический адрес места жительства; место работы и занимаемая должность; контактные номера телефонов; реквизиты полиса ОМС (ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); данные о состоянии здоровья, перенесенных и имеющихся заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, инвалидности; номер комнаты, предоставленной для проживания в санатории; иных сведений, прямо относящихся к моей личности/личности представляемого мною лица.

Настоящее согласие дается при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, либо лицом, на которого в силу должностных обязанностей возложена ответственность за обработку указанных данных. В процессе оказания мне/представляемому мною лицу санаторно-курортных услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные/персональные данные представляемого мною лица, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, своим работникам, в интересах медицинского обследования и лечения.

Мне известно, что Оператор имеет право в случаях, предусмотренных законодательством, на обмен (прием и передачу) моими персональными данными/персональными данными представляемого мною лица с заинтересованными организациями (ЛПУ, страховые организации, правоохранительные органы и др.) с использованием бумажных и электронных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что прием и обработка персональных данных будут осуществляться лицом, ответственным за их обработку.

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

Я уведомлен(а), что срок хранения персональных данных, обрабатываемых Оператором при оказании медицинских услуг, соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет с даты его подписания. Мне разъяснено право отозвать досрочно данное согласие посредством составления заявления в простой письменной форме в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. Указанное заявление может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку уполномоченному представителю Оператора. С момента получения заявления Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных/персональных данных представляемого мною лица

Подпись субъекта персональных данных (отдыхающего(пациента)/законного представителя):

подпись / (ФИО полностью)

Дата подписания согласия: " ____ " _____ 20__ года.