

**СОГЛАСИЕ**  
**субъекта персональных данных на обработку и хранение персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

проживающий по адресу Россия  
(адрес проживания)

документ, удостоверяющий личность паспорт РФ  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие ООО "Медицина 21" (394042, Россия, г. Воронеж, ул. Ленинский проспект, д.124Б) на обработку своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату, место рождения, адрес проживания и регистрации, пол, контактный телефон, паспортные данные, реквизиты полиса ОМС (ДМС), профессию, место работы и должность, данные о состоянии 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.

Я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения; осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

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

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.

\_\_\_\_\_  
(субъект персональных данных)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)