



ООО "Центр реабилитации"
Лицензия № Л041-01158-40/00347990 от 16.09.2020
249038, Калужская обл., г. Обнинск, ул. Любого, д. 2
Телефон: 8 (484) 39 72333; e-mail: info@crclinic.ru

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я, субъект персональных данных: _____,
(ФИО субъекта полностью)

основной документ, удостоверяющий личность: _____,

(наименование, серия, номер, выдавший орган, дата выдачи)

зарегистрированный по месту жительства: _____,

(адрес регистрации по месту жительства)

В соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку ООО «ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ» (далее - оператор), находящемуся по адресу: Калужская область, г. Обнинск, ул. Любого, д. 2, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС и ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты справки МСЭ, место работы (профессия, должность), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических и научных целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи, осуществления иных, связанных с этим мероприятий целей, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам: Должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора; страховым медицинским организациям (в рамках ОМС и ДМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам в соответствии с законами РФ.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной _____ вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Телефон: _____ Согласие _____
(«подтверждаю»/ «не подтверждаю» прописью)

(ФИО субъекта полностью)

(подпись)