**Согласие**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_// \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.,

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

Зарегистрирован(а) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Документ, удостоверяющий личность:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование документа, серия, номер)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю свое   
согласие на обработку моих персональных данных в целях предоставления мне платных медицинских услуг.

Право обработки моих персональных данных предоставляю уполномоченным должностным лицам Оператора - Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника №37» (191186, Санкт-Петербург, ул. Гороховая,6). Оператору даю согласие на любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что их обработка обусловлена оказанием мне медицинских услуг Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городская поликлиника №37», а сотрудники учреждения, обрабатывающие мои персональные данные, являются лицами, обязанными сохранять врачебную тайну.

Я предоставляю право сотрудникам Оператора передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим сотрудникам Оператора, либо сотрудникам других лечебных учреждений, с целью моего обследования, в том числе получения различных консультаций и лечения. Кроме того Оператор при осуществлении своей деятельности имеет право на обмен (прием, передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования, Комитетом по здравоохранению , ГИС ЕИАСБУ (Комитет финансов Санкт-Петербурга, адрес: 191144, Санкт-Петербург, Новгородская ул. д.20, литера А), и иными органами и организациями, в соответствии с действующим законодательством РФ.

Оператор 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 (документов). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

**Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_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 по почте ценным письмом с описью вложения, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_//\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись расшифровка)*