

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_,  
проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_, паспорт  
\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, в

соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ООО «БИ ХЭППИ» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество; пол; возраст; дату и место рождения; адреса места жительства и регистрации; серию и номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о выдаче указанного документа и выдавшем его органе; данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; гражданство; данные о состоянии здоровья, в том числе биометрические персональные данные; семейное и социальное положение; контактный телефон; адрес электронной почты; реквизиты полиса обязательного медицинского страхования; идентификационный номер налогоплательщика; реквизиты полиса (договора) добровольного медицинского страхования; тип занятости; место работы; должность, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора и иным медицинским работникам в интересах моего обследования и лечения.

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

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).

На передачу данных в реестры ЕГИСЗ (нужное отметить):

☐ согласен

☐ не согласен

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

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

Настоящее согласие дано мной 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 заказным письмом с уведомлением о вручении 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.

Контактный телефон(ы): \_\_\_\_\_

Почтовый адрес:

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

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

ФИО субъекта персональных данных