

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_ года рождения,

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника» (Оператор), зарегистрированному по адресу: г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 75, на обработку неавтоматизированным и автоматизированным способом моих персональных данных, необходимых для оказания медицинской помощи, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Перечень персональных данных, передаваемых на обработку: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, национальность, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место регистрации, контактная информация, страховой номер индивидуального лицевого счета, данные о состоянии здоровья, социальный статус позволяющий получать меры социальной поддержки, номер полиса обязательного/добровольного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), факт трудоустройства. При временной утрате трудоспособности даю согласие на оформление листка нетрудоспособности в формате электронного документа.

Оператор вправе обрабатывать и передавать для обработки другим участникам информационного взаимодействия - страхователю, Фонду социального страхования РФ, учреждению медико-социальной экспертизы, организациям осуществляющим техническую поддержку медицинской информационной системы и иным организациям мои персональные данные необходимые для оказания медицинской помощи, посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранить конфиденциальность. Оператор вправе передавать первичную медицинскую документацию (медицинскую карту) в страховые медицинские организации, работающие в системе обязательного/добровольного медицинского страхования и иные организации полномочные осуществлять контроль за качеством оказания медицинской помощи у Оператора. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений, сообщений через авторизованный канал Viber, WhatsApp напоминание о записи на прием к специалисту на указанный мною номер телефона.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие. Подтверждаю, что ознакомлен (а) с Политикой в отношении обработки персональных данных Оператора.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_ г.  
дата заполнения

\_\_\_\_\_  
подпись