

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**  
(в соответствии статья 9, ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.07.06)

Я, \_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, адрес \_\_\_\_\_

в дальнейшем именуемый «Пациент» (его законный представитель), даю свое согласие ОАУЗ «Новгородский врачебно-физкультурный диспансер» (далее Учреждение) на обработку (сбор, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, уничтожение и пр.) своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), паспортные данные, место работы, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), данные о состоянии своего здоровья (здоровья ребенка), заболеваниях, случаях обращения за медпомощью при условии, что обработка этих данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской помощи Пациент предоставляет право своему лечащему врачу передавать свои персональные данные другим работникам Учреждения, в интересах своего обследования и лечения.

Учреждение вправе обрабатывать персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы. Учреждение имеет право на исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Передача моих персональных данных третьим лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует бессрочно.

*Ознакомлен и согласен:*

*(подпись пациента или его законного представителя)*