**С О Г Л А С И Е**

**на обработку персональных данных**

**СПб ГБУЗ «Городская больница № 26»**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю конкретное предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных

СПб ГБУЗ «Городская больница № 26», (ИНН 7810248531), включающих: фамилия, имя, отчество, гражданство, пол, возраст, дата и место рождения, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, идентификационный номер налогоплательщика, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер телефона, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер инд. лиц. счета в Пенс. фонде России, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за мед. помощью, в целях установления диагноза и оказания мед. услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся мед. деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания мне мед. помощи я предоставляю право мед. работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю СПб ГБУЗ «Городская больница № 26» право осуществлять все действия (операции) с моими перс. данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Больница вправе обрабатывать мои перс. данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных документов по ОМС (договором ДМС).

Больница имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими перс. данными со страховой мед. организацией и тер. фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

В случае отзыва согласия на обработку ПД оператор вправе продолжить обработку ПД без согласия субъекта ПД при наличии определенных оснований. К таким основаниям, относится, в частности, обработка ПД в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В данном случае хранение соответствующей информации о состоянии здоровья граждан допускается исключительно в целях реализации их права на охрану здоровья и медицинскую помощь, при этом конфиденциальность ПД обеспечивается врачебной тайной. Контактный тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_