

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

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_,  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_,  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, в  
соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О  
персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ООО МЦ «ВТОРАЯ  
МОЛОДОСТЬ» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию,  
имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон(ы),  
реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в  
Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях,  
случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях  
установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их  
обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской  
деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. 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 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) по ОМС (договором ДМС).  
Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по  
договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со  
страховой медицинской организацией и территориальным 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.  
Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных  
медицинских документов (медицинской карты) и составляет 5 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) \_\_\_\_\_  
и почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_