

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся

проживающий по адресу:

паспорт:

выдан

дата выдачи:

В соответствии с требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и в связи с обращением за медицинской помощью даю согласие **МАУ «Стоматологическая поликлиника № 12» г. Екатеринбург 620050, г.Екатеринбург, ул.Техническая, д.28,**

**на смешанную обработку персональных данных:** сбор, анализ, обобщение, хранение, обезличивание, изменение, дополнение, уничтожение, использование и передачу данных в страховую медицинскую организацию, где застрахован я (мой ребенок), в вышестоящие надзорные органы (без использования общих сетей связи, в том числе Интернета).

**Цель обработки персональных данных:** учет оказанных медицинских услуг, выполнение договорных обязательств и проведение расчетов, в том числе при оказании бесплатной помощи в рамках ОМС и ДМС, работа с жалобами и обращениями.

**В перечень персональных данных входят:** ФИО, паспортные данные, адрес, дата рождения, сведения о наличии льгот, данные страхового медицинского полиса, № телефона, диагноз и данные о состоянии здоровья, информация о факте обращения за медицинской помощью.

Я, согласен с тем, что в соответствии со статьей 6 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» обработка указанных персональных данных может быть поручена МАУ «Центр Мединком», находящемуся по адресу г. Екатеринбург, ул. Челюскинцев, 50, в целях осуществления эксплуатации и поддержания в работоспособном состоянии медицинской автоматизированной системы, в которой в том числе будет осуществляться обработка моих персональных данных.

Срок действия моего согласия считать бессрочным.

Согласие может быть отозвано мной по письменному заявлению.

Дата

Подпись (законного представителя)

/

(расшифровка)