

**Согласие  
субъекта персональных данных  
на обработку персональных данных**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
(кем, когда выдан)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,

в дальнейшем – Субъект, свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие оператору –ООО «НАРМЕД», г. Барнаул, улица Белоярская, 18, на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных: ФИО, пол, дату рождения, адрес места жительства, паспортные данные (заграничный паспорт), СНИЛС, ИНН, место работы и должность, реквизиты полиса ДМС, 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 условиях, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязан хранить врачебную тайну, электронный адрес, номер сотового телефона, фотографическое изображение .

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицом 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, блокирование, уничтожение, запись, извлечение, удаление. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в список (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС. Оператор вправе обрабатывать персональные данные, находящиеся в электронной истории моей болезни, включать ее в списки (реестры) и отчетные формы, а также совершать иные действия, не запрещенные действующим законодательством РФ.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет.

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

Передача моих персональных данных иным лицам или иное разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Даю свое согласие на передачу моих персональных данных в ЕГИСЗ: да/нет \_\_\_\_\_/подпись

Я оставляю право за собой 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 представителю Оператора.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно

Контактный (е) телефон (ы) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

**Подпись субъекта персональных данных**

Дата

ФИО

Подпись

\_\_\_\_\_