

**Информированное согласие
субъекта персональных данных (пациента)
на обработку своих персональных данных**

Я, нижеподписавшийся: _____ (Ф.И.О. полностью), проживающий по адресу: _____,

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального Закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» комитета здравоохранения Курской области (далее Оператор) моих персональных данных, в **том числе биометрических персональных данных**, включающих сведения реквизитов полиса обязательного медицинского страхования, а также сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, диагнозах, случаях обращения за медицинской помощью и оказания мне медицинских услуг, **оказанных как в системе обязательного медицинского страхования, так и в системе платных услуг**, и полученных Оператором в целях исполнения им своих обязательств и осуществления своих прав при условии, что обработка будет производиться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Представляю Оператору право осуществлять с моими персональными данными все необходимые действия по их обработке, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, обезличивание, передачу, блокирование и уничтожение.

Оператор имеет право, во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, на обмен моими персональными данными с Курским областным фондом ОМС или другими территориальными фондами ОМС для исполнения ими своих обязательств и осуществления своих прав при условии, что их обработка будет производиться лицом, обязанным обеспечить условия конфиденциальности и безопасности персональных данных.

Настоящее согласие дается мною бессрочно и может быть отозвано путем письменного извещения Оператора. В случае моего отзыва настоящего согласия Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата _____