**Приложение №1**

**К Методическим рекомендациям по реализации**

**Положений Федерального закона от 26.07.2006 г.**

**№152-ФЗ «О персональных данных»**

**СОГЛАСИЕ**

**Я**

**(фамилия, имя, отчество полностью)**

**Зарегистрированный (ая) по адресу:**

**Паспорт серия и номер:**

**Выдан: дата выдачи**   **даю согласие на обработку персональных данных ООО «МЕРИДИАНУМ» Юр. адрес: 183038, г.Мурманск, ул. Гагарина, д. 1 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих:**

**фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; адрес места жительства; контактный(е), телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (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 условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным охранять врачебную тайну.**

**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, включение в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов).**

**Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (приём и передачу) моих персональных данных с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.**

**Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку первичных медицинских документов.**

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

**Настоящие согласие дано мной** … **и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручён под расписку представителю Оператора.**

**В случае получения моего письменного заявления об отказе настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.**

**(подпись) (расшифровка подписи)**