**Министерство здравоохранения Московской области  
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской областей  
«Московский областной перинатальный центр»**

**Согласие на обработку персональных данных.**

Я, нижеподписавшаяся,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных», *подтверждаю свое согласие на обработку* в ГБУЗ МО «МОПЦ» (далее - оператор) *моих персональных данных* включа­ющих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья: заболе­ваниях, случаях обращения за медицинской помощью при условии, что их обработка осуществляет­ся лицом, обязанным сохранять 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 имеет право во исполнение своих обязанностей по работе в системе ОМС по программе государственных гарантий обеспечение населения бесплатной медицинской помощью (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное название)

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года и действует бессрочно.

**Подпись** субъекта персональных данных:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., полностью)