

В соответствии со ст. 6 ФЗ Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных"; ст.ст. 85-90 Трудового кодекса Российской Федерации (Федерального закона от 30.01.2001 г. № 197-ФЗ); Федеральным законом от 02.05.2006 года № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации", Уставом ЗАО "Курорт Усть-Качка"; Федеральным законом от 18.07.2006 года № 109-ФЗ «О миграционном учете иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации» (в ред. от 20.03.2011 года), Федеральным законом от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1

**СОГЛАСИЕ**  
**клиента (отдыхающего, пациента) ЗАО «Курорт Усть-Качка»**  
**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_, проживающий по адресу (по месту регистрации)

\_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, дата выдачи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г., название выдавшего органа

\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку ЗАО «Курорт Усть-Качка» моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), паспортные данные; для иностранных граждан: номер заграничного паспорта, номер и срок действия визы, пункт пропуска, место регистрации в РФ, номере миграционной карты и срок ее действия; реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания санаторно-курортных; оздоровительных услуг, оказываемых по путёвкам «отдых»; медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, а также в целях постановки на учет и снятия с учета иностранных граждан по месту пребывания в ЗАО «Курорт Усть-Качка». В процессе оказания Оператором мне санаторно-курортных услуг; медицинских услуг, оказываемых по путёвке «отдых»; медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам 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, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

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

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

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

Я оставляю за собой право 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 под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого санаторно-курортных услуг; медицинских услуг, оказываемых по путёвкам «отдых»; медицинской помощи.

Контактный (е) телефон(ы) 8 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, сот. \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: индекс /\_/\_/\_/\_/ / \_\_\_\_\_

Электронный адрес: \_\_\_\_\_

Я даю согласие (не даю) на получение от Оператора рекламных рассылок на сотовый телефон (смс-рассылки), на почтовый и электронный адрес.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.