

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова
Медицинский научно-образовательный институт
Университетская клиника МГУ**

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____, _____ г.р.,
проживающий (ая) по адресу:

_____,
паспорт: серия _____, номер _____, выдан _____, в
соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О
персональных данных»(далее Закон), действуя свободно, своей волей и в своем интересе даю свое
согласие Университетской клинике МНОИ Московского государственного университета имени
М.В.Ломоносова (далее УК МНОИ МГУ), на обработку моих персональных данных,
включающих: фамилию имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактную
информацию, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в
Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях
обращения за медицинской помощью и др., 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 сохранять врачебную тайну. В процессе оказания в УК МНОИ МГУ мне медицинской
помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные
другим сотрудникам УК МНОИ МГУ в интересах моего обследования и лечения, а также в
научно-образовательных целях при условии сохранения конфиденциальности данных.

Предоставляю УК МНОИ МГУ право осуществлять все действия (операции) с моими
персональными данными, а также 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) в Российской Федерации.

УК МНОИ МГУ имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными
со страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами ОМС, «Медицинским
информационно-аналитическим центром», Министерством здравоохранения РФ с учетом того, что
их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную
тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может
осуществляться только с моего письменного согласия. Согласие вступает в силу со дня его
подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством
письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес УК МНОИ МГУ по почте
заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю
УК МНОИ МГУ. В случае получения моего письменного заявления УК МНОИ МГУ обязан
прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для
завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

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

«__» _____ 20__ г. _____ /подпись/.