

Форма письменного согласия на обработку персональных данных

Согласие № _____ на обработку персональных данных

Фамилия:	_____
Имя:	_____
Отчество:	_____
Пол:	<input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский
Дата рождения:	_____
Место рождения:	_____

Паспорт
Номер: _____
Дата выдачи: _____
Подразделение (наименование) выдавшего документ: _____
(код) _____

Полис обязательного медицинского страхования
Номер: _____
Организация ОМС: _____

Полис добровольного медицинского страхования
Номер: _____
Организация ДМС: _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета СНИЛС: _____
--

Место работы / Учебы
Организация: _____
Должность: _____

Адрес места жительства в РФ
Почтовый индекс: _____
Регион: _____
(республика, край, область, округ)
Населенный пункт: _____
(город, село, поселок)
Улица / проспект / переулок: _____
Дом: _____
Квартира: _____

Контактные сведения
Телефон: _____
Моб. телефон: _____
Эл. почта: _____

Я, нижеподписавшийся, чьи сведения указаны выше, в соответствии с требованиями федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю согласие ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5" (далее – Оператор), находящегося по адресу край Забайкальский, г. Чита, ул. Курнатовского, Дом 16 на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные (номер, серия, кем и когда выдан), место работы (учебы) и должность, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в следующих целях: медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения электронной медицинской карты пациента; реализации электронной записи к врачу; ведения персонализированного учета оказанной медицинской услуг; для реализации телемедицинских консультаций, электронного документооборота; осуществления взаиморасчетов за оказанную медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования; хранения результатов лабораторно-диагностических исследований для последующего использования в установлении медицинского диагноза.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций) с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи субъекту персональных данных я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения. Я согласен с тем, что доступ к моим персональным данным будут иметь сотрудники Оператора, осуществляющие техническое обслуживание информационной системы.

Я согласен с тем, что в соответствии со статьей 6 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ обработка указанных в настоящем согласии моих персональных данных может быть поручена Оператору _____, находящемуся по адресу _____ в целях осуществления эксплуатации, поддержания в работоспособном состоянии медицинской автоматизированной системы в которой в том числе будет осуществляться обработка моих персональных данных.

Я согласен с тем, что в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-социальных услуг, указанные в настоящем согласии мои персональные данные могут быть переданы в другие лечебно-профилактические учреждения для обработки лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я согласен с тем, что в целях осуществления обязательного медицинского страхования мои персональные данные могут быть переданы в страховую медицинскую организацию и территориальный фонд ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

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

Настоящее согласие действует бессрочно.

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 медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____
Дата _____